

Handbook of Crisis Counseling and Psychological First Aid for Disaster

灾害危机干预与心理急救手册

主编：邓明昱 博士

Mingyu Deng , M.D., Ph.D.



国际中华科学技术出版社

International Chinese Science and Technology Publishing House



ISBN 0-80-182658-3

灾害危机干预与心理急救手册

主编：邓明昱 博士

出版：国际中华科学技术出版社

发行：国际华人医学家心理学家联合会

地址：美国纽约市皇后区法拉盛缅街 36-40 号 209 室

邮编：11354 电话传真：(718) 820-9320

字数：12 万 出版日期：2010 年 4 月 30 日第 1 版（电子版）

HANDBOOK OF CRISIS COUNSELING AND PSYCHOLOGICAL FIRST AID FOR DISASTER

Chief-editor: Mingyu Deng, M.D., PhD.

Publishing: International Chinese Science and Technology Publishing House

Issued: International Association of Chinese Medical Specialists & Psychologists

Address: Suite 209, 36-40 Main Street, Flushing, New York 11354, U.S.A.

Tel/Fax: (718) 820-9320 E-mail: iacmsp@gmail.com Web: www.iacmsp.org

The Word: 120,000

Date of Publishing: April 30, 2010, First Edition (PDF)

Copyright © 2010 by International Association of Chinese Medical Specialists & Psychologists

灾害心理卫生系列丛书

主编：邓明显

编辑委员会（以拼音姓氏为序）

邓明显（美国） 杜 湛（加拿大） 胡佩诚（中国） 李建明（中国）
李青莲（加拿大） 李永浩（香港） 麦基恩（香港） 时 勘（中国）
王友平（美国） 徐君哲（美国） 杨明磊（台湾） 袁 弘（美国）

灾害危机干预与心理急救手册

主编：邓明显

编（译）人员（以拼音姓氏为序）

MARY（美国） NH（美国） 邓明显（美国） 李建明（中国）
李青莲（加拿大） 任 珏（香港） 宋文韬（澳大利亚） 王友平（美国）
徐君哲（美国） 杨明磊（台湾） 袁 弘（美国） 曾 洁（美国）

国际中华科学技术出版社

International Chinese Science and Technology Publishing House

前 言

2010年4月14日7时49分(北京时间),中国青海省玉树县发生7.1级地震。据青海省玉树抗震救灾指挥部4月15日报告,截止15日16时30分,地震共造成760人死亡、243人失踪、11477人受伤、其中重症伤员1174人。灾害涉及人口约10万人。这些死难者的家属、伤员、灾区人民和奔赴灾区的救援人员,都需要心理援助和心理卫生服务。

对于刚发生地震的玉树县来说,对灾区人民进行紧急救援的同时,需要进行心理危机干预和心理急救。继后,需要长期跟进心理援助和心理卫生服务。

灾后心理援助,是一项急迫又长期的工作。4月15日上午11时,国际华人医学家心理学家联合会(IACMSP)纽约总部召开了理事长秘书长紧急工作会议。根据本会对四川“512”、台湾“88”、海地“112”灾后心理援助工作的经验,安排了对青海玉树“4·14”地震后的心理援助工作。

在灾后的24小时到72小时,是心理危机干预和心理急救的最重要的阶段。灾后3天到30天,也是心理危机干预和心理急救的主要时期。特别是对急性应激障碍(ASD)的防治,是非常关键的阶段。这个阶段的危机干预和心理急救工作,对于预防创伤后应激障碍(PTSD)和其他精神障碍,有非常积极的作用。

为此,我们把2008年四川“512”地震时进行心理危机干预和心理急救的资料稍作整理,汇编成册,力求第一时间送到青海省玉树县地震灾区。下一步的资料,我们将陆续汇编发送到灾区。

IACMSP已经启动“灾后心理危机干预专家咨询指导小组”的电邮咨询。该小组由10余名有丰富的灾后心理危机干预经验的海外专家组成。如果救助人员在灾区面临的心理危机干预问题比较棘手,可随时发电邮到IACMSP总部,我们会马上转发给专家组成员,并在第一时间将答复返回灾区。亲爱的朋友们:在如此严重的灾害面前,我们都是幸存者!让我们一起加入挽救生命和重建心灵家园的工作中!



邓明昱 博士

国际华人医学家心理学家联合会理事长
亚裔灾后心理援助协调中心主任

2010年4月15日,美国纽约

前言补充:自4月15日以来,IACMSP为玉树“414”灾区提供了远程的心理督导。4月19日,又将编译的《简明创伤后障碍访谈(BIPD)》发往灾区。中国大陆不少机构纷纷请求印刷这些资料。为此,我们将两批资料合编为一本,并附上一些PTSD的实用量表,由国际中华科学技术出版社正式出版电子版。本书欢迎有关机构进行非商业性的印刷和发放,在印刷前请获得我们的授权。

联系邮箱: iacmisp@gmail.com

邓明昱博士

2010年4月29日,美国纽约

目 次

IACMSP 紧急通告：请支持和参加青海玉树“4·14”地震后的心理援助工作	(5)
地震灾后心理问答 20 题——心理援助的基本知识.....	邓明昱 杨明磊 (6)
地震灾后健康教育传单参考格式——适用于一般民众.....	杨明磊 邓明昱 (15)
地震灾后健康教育传单参考格式——适用于救援人员.....	杨明磊 邓明昱 (16)
地震灾后健康教育传单参考格式——适用于家长.....	杨明磊 邓明昱 (17)
地震灾后健康教育传单参考格式——给学校老师的建议.....	杨明磊 邓明昱 (18)
救援志愿者心理援助及自助简易指南.....	邓明昱 杨明磊 (19)
灾后心理辅导——协助儿童自我表达.....	邓明昱 曾洁 李青莲 (21)
救援人员应该如何帮助心理受创的儿童和青少年？.....	NH MARY 邓明昱 (19)
危机事件集体减压 (CISD)	邓明昱 李建明 李青莲 (26)
生命的失落与悲伤辅导.....	王友平 宋文韬 袁弘 邓明昱 (28)
放松技术：学习如何平静你的压力.....	邓明昱 徐君哲 (28)
大地震灾后的学校心理辅导——教师指南.....	邓明昱 王友平 李建明 (36)
灾难心理卫生与心理急诊处理.....	邓明昱 (47)
急性应激障碍 (ASD) 的识别与处理.....	邓明昱 (59)
短暂精神病性障碍 (BPDMS) 的识别与处理.....	邓明昱 (64)
创伤后应激障碍 (PTSD) 的诊断基础.....	任珏 MARY 邓明昱 (67)
创伤后应激障碍 (PTSD) 的识别与干预.....	邓明昱 (71)
简明创伤后障碍访谈 (BIPD)	邓明昱 李青莲 MARY (87)
完成简明创伤后障碍访谈提纲的说明.....	(89)
急性应激障碍 (ASD) 诊断筛查.....	(90)
短暂精神病性障碍 (BPDMS) 诊断筛查.....	(91)
创伤后应激障碍 (PTSD) 诊断筛查.....	(93)
相关特征	(95)
表 1. DSM-IV-TR 急性应激障碍诊断标准.....	(96)
表 2. DSM-IV-TR 短暂精神病性障碍诊断标准.....	(97)
表 3. DSM-IV-TR 创伤后应激障碍诊断标准.....	(98)
灾害心理卫生服务转介表和常用量表.....	邓明昱 MARY 整理 (99)
灾后心理卫生服务转介表	(99)
中小学学生心理卫生转介行为评估表.....	(100)
中小学学生个案心理服务转介单.....	(101)
灾难心理卫生记录表.....	(102)
儿童心身症状评估表.....	(104)
创伤后应激症状筛选表 (PTSS-10)	(105)
事件影响量表—修订版 (IES-R)	(106)
创伤后应激障碍自评量表 (PCL-C)	(107)
抑郁自评量表 (SDS)	(108)
焦虑自评量表 (SAS)	(109)
附：灾后不同人群心理卫生服务技术指导原则	中国卫生部 (110)

IACMSP 紧急通告

请支持和参加青海玉树“4·14”地震后的心理援助工作

(4月15日第一次发布, 4月20日第二次发布, 4月28日第三次发布)

<http://www.iacmsp.org/front/emergency/yushu.html>

各位会员、各位同事、各位朋友:

我们还没有从四川汶川“5·12”大地震和台湾“8·8”风灾的伤痛中痊愈, 我们也还在进行海地大地震后的心理援助工作。中国青海省玉树县地震的噩耗又呈现在我们面前。

2010年4月14日7时49分(北京时间), 青海省玉树县发生7.1级地震。据青海省抗震救灾指挥部4月26日报告, 地震已造成2220人遇难, 3500人致残。这次灾害的受伤人数超过万人。受灾人数也上升到20万人。这些死难者的家属、残疾人、伤员、灾区人民和奔赴灾区的救援人员, 都需要心理援助和心理卫生服务。

亲爱的朋友们: 在如此严重的灾害面前, 我们都是幸存者! 我们必须加入挽救生命和重建心灵家园的工作中!

对于刚发生地震的玉树县来说, 对灾区人民进行紧急救援的同时, 就需要进行必要的心理危机干预救助。继后, 需要长期跟进心理援助和心理卫生服务。

灾后心理援助, 是一项急迫又长期的工作。4月15日上午11时, 国际华人医学家心理学家联合会(IACMSP)纽约总部召开了理事长秘书长紧急工作会议, 安排对青海玉树“4·14”地震后的心理援助工作。根据本会对四川“512”、台湾“88”、海地“112”灾后心理援助工作的经验, 会议决议如下:

1、向中国心理学会、中国心理卫生协会、中国社会心理学会, IACMSP中国各地联络处及相关心理卫生专业机构等发出建议书, 对参加灾后心理援助的志愿者进行统一组织和短期培训。使其灾后心理援助和心理卫生服务的工作有序进行。

2、向上述机构发送现场心理急救和危机干预的第一批资料, 请他们转交给进入灾区的心理援助专业队伍。并帮助IACMSP纽约总部与灾区心理援助机构建立直接联系。后续的心理援助和心理卫生服务的资料将及时发到灾区。

3、组织高水平的海外华人心理援助专家队伍(志愿者)。第一组由IACMSP理事长邓明显教授带队, 于5月15日(地震后一个月)抵达玉树灾区。海外专家将协助当地医疗机构对创伤后应激障碍(PTSD)进行诊断和治疗, 并对当地的医疗、心理、教育、社工等人员进行免费的“灾后心理干预与PTSD诊治技术”培训。第二组将安排在8月中下旬赴玉树灾区。每次工作一周左右。

4、启动“IACMSP灾后心理危机干预专家咨询指导小组”的电邮咨询。该小组由10余名有丰富的灾后心理危机干预经验的海外专家组成。如果救助人员在灾区面临的心理危机干预问题比较棘手, 可随时发电邮到IACMSP总部, 我们会马上转发给专家组成员, 并在第一时间将答复返回灾区。

5、遵循中华民族“有钱出钱、有力出力”的传统美德, 号召本会会员和其他朋友为IACMSP灾后心理援助(玉树项目)捐款、专款专用, 已保证青海玉树“414”地震后的心理援助工作能够长期进行。

从4月15日到20日, 本会的工作如下:

4月15日上午11时, 国际华人医学家心理学家联合会(IACMSP)纽约总部召开了理事长秘书长紧急工作会议, 安排对青海玉树“4·14”地震后的心理援助工作。下午, 即向本会理事和二级研究会(协会)的理事, 本会在北京、陕西、四川、重庆的有关负责人发送了紧急通告。

4月15日晚, 本会理事长邓明显教授主编的《灾后危机干预与心理急救手册》和本会理事董慧琦博士主编译的《心理急救现场操作指南》连夜略作修订。这两个手册都是在2008年四川“512”地震时编写的, 在灾后心理急救和危机干预工作中发挥了很大的作用。两位博士在4月15日晚上连夜略作修订,

然后发给本会会员和相关专业人员，以便在青海玉树“414”灾后心理急救和危机干预的工作使用。进一步的灾后心理援助和心理卫生服务的资料正在编写和修订中。

4月16日，本会的紧急通告、《灾后危机干预与心理急救手册》和《心理急救现场操作指南》已发送给五千多位会员、同事和朋友。英文紧急通告发送给两千多位外国专家（心理卫生、心身医学和临床心理专业）。

4月16日-17日，理事长邓明显教授与中国心理学会理事长、中国科学院心理研究所所长张侃教授，中国社会心理学会副会长、中国科学院研究生院行为研究中心主任时勘教授，中国心理卫生协会副理事长、首都医科大学附属北京安定医院副院长李占江教授多次互通电子邮件，研究“414”灾害心理救援和灾后心理援助的工作。并请他们把IACMSP的建议转交给中国三大心理学（协）会的领导层。

4月17日，本会纽约总部已和在玉树灾区的心理救援专家赵红主任医师（本会会员、四川省精神卫生中心临床心理科主任）取得直接联系。理事长邓明显教授和赵红主任通了国际长途电话，了解灾区一线心理救援的情况。

4月18日，驻扎在四川理县“512”地震灾区的湖南娄底残疾人心理援助队（IACMSP国际中华残疾人心理援助联盟露底大队）向本会纽约总部报告，他们已申请前往玉树对“414”地震的伤残人员进行心理援助和生活辅导。IACMSP总部从实际情况考虑，建议他们对玉树灾区已转往成都的伤残人员进行心理援助和生活辅导。

4月18日，本会纽约总部已于在西宁的**中德心理援助队**取得联系。他们已经在青海红十字医院对玉树地震灾区空运至此伤员进行心理干预工作。我们已经对他们的第一个疑难病例进行了网络心理督导。

4月18日，本会纽约总部已于**中国疾病预防控制中心心理卫生中心危机干预部**主任何鸣博士（本会会员）取得联系。何博士等受卫生部派遣，正在西宁培训当地精神科医生、心理咨询师有关心理急救、居丧干预、儿童心理问题、PTSD筛查诊断和治疗。另外，对服务于10余所医院帮助伤员的康巴藏语志愿者进行心理急救、筛查转介、自身保护的培训。我们对上述工作进行了商讨。

4月17-18日，本会参与纽约华人社团的街头募捐活动，为玉树“414”灾区人民募捐。按华人社团联席会的统一精神，募得的善款全部交给中华人民共和国驻纽约总领事馆。

4月19日，理事长邓明显博士等完成《简明创伤后障碍访谈》（BIPD）的编译工作。BIPD包含用于识别和诊断由于明显的创伤事件导致的急性应激障碍（ASD）、短暂精神病障碍（BPDMS）和创伤后应激障碍（PTSD）的三个筛查表。BIPD也是一个半结构访谈提纲，可以在灾后心理干预工作中结合会谈灵活使用。该手册已马上电邮给玉树灾区和西宁的心理救援人员。

4月20日，本会与**中德心理援助队**新闻组联系，和青海省心理咨询协会直接建立电邮和网络互动，提供心理援助的资料和网络心理督导；与青海省第三人民医院（青海精神卫生中心）联系，对创伤后各种心理障碍的防治提供资料和网络会诊。

4月20日下午2时，本会召开了第二次理事长秘书长紧急工作会议，进一步安排对青海玉树“414”地震后的心理援助工作。主要内容如下：

1、原定于2010年7月23-27日在四川省都江堰市召开的“第三届灾后心理援助国际论坛暨中华心理咨询师国际协会第二届学术会议，改在青海省西宁市召开，会议时间不变。会议主题为**灾后心理援助**。更改地点的主要目的是为了强化国际社会对玉树“414”灾后心理重建的关注和援助。

2、“IACMSP心理援助专家志愿团”第一组由IACMSP理事长邓明显教授带队，于5月16日（地震后一个月）抵达西宁，工作3-4天。协助当地医疗机构对创伤后应激障碍（PTSD）进行诊断和治疗，并对当地的医疗、心理、教育、社工等人员进行免费的“灾后心理干预与PTSD诊治技术”培训。然后到玉树灾区，对灾民进行心理访谈、对乡镇基层医务人员和其他志愿者开办免费的“灾后心理卫生服务培训班”，工作3-4天。

3、“IACMSP心理援助专家志愿团”第二组将于7月23-27日的西宁会议结束后在灾区工作，具体时间根据专家志愿者在暑假的时间进行安排，可划分成几个小组分别在医疗、教育和社会工作不同的领域进行心理援助工作。

4、帮助玉树县设立心理卫生服务中心，海内外专家定期到灾区进行心理督导和培训，建立一支以

当地专业人员为主题的永久性的灾后心理卫生服务骨干队伍。

5、根据灾区的需要，继续翻译和编写心理援助的技术资料，尤其是美国国家 PTSD 中心对 PTSD 的防治和健康教育资料。把发达国家的灾后心理卫生工作的先进技术源源不断地介绍给灾区。

6、联系美国相关医学院校的精神卫生中心和 PTSD 大型病区，接受灾区心理卫生骨干人员来美国免费进修，为灾区培养高水平的专业人员。

7、长期为灾区的应届高中毕业生来美国读大学创造机会和条件，协助申请奖学金；学生来美国后，为他们提供生活帮助和社会支持。

8、随时发布有关 IACMSP 进行玉树“414”灾后心理援助的即时讯息和其他赈灾专题新闻在我们的博客：<http://blog.sina.com.cn/iacmisp>

从4月21日至4月27日，IACMSP 灾后心理援助协调中心与中国大陆赴灾区的一些心理援助专家组（四川省精神卫生中心专家组、河北唐山心理卫生中心专家组、中德大学专家组等）保持直接联系。

4月27日下午2时，本会召开了第三次理事长秘书长紧急工作会议，再次研究和讨论对青海玉树“414”地震后的心理援助工作。主要精神：

1、详细安排5月16日到青海灾区的“IACMSP 心理援助专家志愿团”第一组的工作，对参加第一组工作的多位专家助理进行网络培训，特别是 PTSD 的相关知识。

2、与美国心理学会（APA）、美国心身学会（APS）、国际行为发展研究学会（ISSBD）等权威性学术团体进一步协调，发动更多的外国临床心理学家和心理卫生专家参与“414”灾后心理援助工作。

3、与克林顿基金会、比尔盖茨基金会、福特基金会联系，争取他们支持玉树“414”灾后心理援助工作。

IACMSP 再次呼吁我们的会员，呼吁我们在医学界、心理学界、社会学界的各位同仁和朋友，呼吁在海内外的青年学子，参加和支持 IACMSP 组织的青海玉树“4·14”地震后心理援助的志愿者活动！

1、敬请具有丰富临床经验的心理卫生专家和临床心理学专家报名参加5月16日及7月26日赴青海玉树的“IACMSP 心理援助专家志愿者团队”。志愿者的登记表请用电子邮件索取。

2、敬请亲自参加过台湾“9·21”、四川“5·12”和海地“1·12”地震的抗震救灾紧急救援和灾后心理援助的专家和专业人员提出你们的宝贵建议。

3、招募英文翻译志愿者，包括：（1）资料翻译；（2）为外国专家在灾区服务进行口译。英文翻译志愿者的登记表请用电子邮件索取。

4、招募藏语翻译志愿者，尤其是玉树地方藏语的翻译志愿者，为专家在灾区服务进行口译。藏语翻译志愿者的登记表请用电子邮件索取。

5、敬请各位会员和朋友为玉树灾区人民奉献一份善款，以支持 IACMSP 的心理援助工作。

支票抬头：IACMSP，支票用途：玉树地震心理援助（mental aid for earthquake in Yushu）。

支票寄至：IACMSP，78-09 Park Drive East, # 3F, Flushing, NY 11354, USA

中国大陆的会员和朋友可以用人民币转账。其他国家和地区的会员和朋友可以用当地货币转账。请电邮索取在当地转账的银行账户。

IACMSP 是成立于 1998 年，具有 501 (c) (3) 资格的非营利学术团体。所有捐款均可免税。捐助者请附上英文全名、详细地和邮箱址，以便电邮免税收据。

捐款人的名单，将在本会网站和博客公布，善款使用接受全社会监督。

IACMSP 联系电话：917-402-7176（邓博士），201-210-2183（李博士）。电子邮箱：iacmisp@gmail.com；iacmisp1998@yahoo.com.cn。网站：www.iacmisp.org。博客：<http://blog.sina.com.cn/iacmisp>

谢谢您的爱心，帮助青海玉树灾区人民重建心灵家园！

国际华人医学家心理学家联合会秘书处

IACMSP 灾后心理援助协调中心

2010年4月28日，美国纽约

地震灾后心理问答 20 题——心理援助的基本知识

邓明显博士 杨明磊博士

邓明显，医学博士、健康科学哲学博士，美国纽约华人社区咨询中心主任。国际心身医学院院士、国际华人医学家心理学家联合会理事长、中华心理咨询师国际协会会长。资深临床及咨询心理学家，参加过多次灾后心理危机干预和心理卫生服务。如：1988 年重庆“118”空难，1994 年海南地震活动高潮期，1998 年夏季的中国特大洪灾，2001 年纽约的“911”事件，2008 年四川“512”大地震等。

杨明磊，咨商心理学博士，台湾淡江大学教育心理与谘商研究所副教授，台湾注册谘商心理师。国际华人医学家心理学家联合会理事、中华心理咨询师国际协会副会长。资深咨询心理学家，参加过多次灾后心理危机干预。如：1999 年台湾“521”大地震，2003 年台湾 SARS 风暴，2009 年台湾“88”风灾等。

1. 灾难过后，会对人们造成什么样的影响？
2. 灾难过后，会有哪些心理冲击将随之而来？
3. 救灾人员如何初步处理心理危机？
4. 灾难的经历会导致何种心理方面的困扰？
5. 儿童的创伤后压力疾患有哪些警讯、如何提供协助、何时症状会发生、何时结束？
6. 成人的创伤后压力疾患有哪些警讯、如何提供协助、何时症状会发生、何时结束？
7. 如何进行儿童的悲伤咨询？
8. 如何进行成人的悲伤咨询？
9. 灾难过后，人们的反应将随着时间的过去而有什么样的变化？
10. 灾难的幸存者如何减轻负性心理所造成的危险性，并从灾难的压力中尽快复原？
11. 如何协助孩子因应创伤性的意外？
12. 学校人员如何协助学生在创伤后重新适应生活？
13. 在地震之后，孩子拒绝去睡觉或上学，父母该怎么办呢？
14. 家人该如何相互扶持以度过创伤事件？
15. 在灾害事件后，哪些人可能是自杀的高危险群？为什么？如何避免悲剧的发生？
16. 何时该寻求专业心理治疗师的协助？
17. 何时该将受难者转介给专业精神卫生医师？
18. 救灾工作者会面临哪些生理和心理压力源？
19. 救灾工作者可能出现哪些心理症状？
20. 对于也可能受到心理创伤的救灾工作者，该如何提供他们必须的支持？

1. 灾难过后，会对人们造成什么样的影响？

绝大多数灾难之幸存者、搜救者及照顾者，都会经历一定之压力。这些压力会一般持续数天到数星期，可能造成以下之影响：

情绪影响：震惊、恐惧、悲伤、生气、罪恶、羞耻、无力、无助、无望、麻木、空虚、以及丧失快乐及爱之能力。

认知影响：困惑、犹豫、无法集中注意、记忆力丧失、不想要之回忆、自责。

身体影响：疲倦、失眠、身体疼痛、身体紧张、心悸、恶心、食欲改变、性欲改变。

人际影响：无法信任、无法亲密、失控、觉得被拒绝、被放弃、退缩、工作问题、学校问题。

2. 灾难过后，会有哪些心理冲击将随之而来？

地震对于不同处境的人员，可能有着不同的心理冲击：

幸存者：亲身经历生死关头之后，余悸犹存是相当普遍反应，也可能在逃过劫难之后，自觉苟活而对不起死者，产生罪恶感。

救难人员：日以继夜投入救灾，除了体力透支之外，目睹越来越多的人员死伤惨状，错愕、挫折感、内心疲惫、甚至愤怒都可能爆发。

罹难者家属：焦急、哀伤的情绪十分常见，当亲人获救的希望落空，愤怒、指责可能接踵而来。

社会大众：间接接收到灾难讯息的民众，内心蒙上阴影，忧郁情绪可能久久不散，对未来丧失希望。

3. 救援人员如何初步处理心理危机？

步骤一：救援人员衡量自己的状况，肯定现阶段的自己，在情绪、想法以及自我控制能力三方面都处于良好功能状态，并且有充分的时间来投入救灾工作。

步骤二：承诺将于受灾者建立的关系有相当的隐私。保证安全与建立信赖，是心理危机介入的重点。

步骤三：重视受灾者在主观上的主要危机来源与对危机的解说，但是，不增强也不排斥。

步骤四：以间接的技巧，增加受灾者对时间与空间的透视感。重点是保证即使危机是不可预测，即使危机的适应是一条长路，但不是走不完的；发生在这里的危机，也可能有贡献。

步骤五：引导受灾者寻找他原有的心理挫折的技巧，并强化某些技巧的可用性。不要迷信教导新技巧的重要性，一定要相信他在意外事件前，是一个完整的、自我适应良好的个体。

步骤六：增加受灾者对此时此刻生活中各片段事件的感应性。维持心情有喜怒哀乐各种层面，想法时而负责时而精致时而飞驰，可订出一些具体步骤作为行动目标，将是尽早渡过心理危机最重要的关键。

步骤七：尊重其生命养成的生态环境，从受灾者熟悉的生态中去寻求权宜之道。

步骤八：建立心理介入的契约，重点是相信彼此的诚意与相互情急通报的义务。

步骤九：救援人员自己背后要有心理咨询与支持的专业团队。

步骤十：对转换心理介入（由专业心理师进行进一步的心理危机干预）的时机要敏感，并熟悉可以转介的后送专业机构。

4. 灾难的经历会导致何种心理方面的困扰？

有许多与重大灾难有关的心理困扰或心理疾病，特别会在此刻发生并造成严重影响：

- （一）急性应激障碍（ASD）
- （二）短暂精神病性障碍（BPDMS）
- （三）重度忧郁或哀恸反应；
- （四）创伤后应激障碍（PTSD）；
- （五）神经症；
- （六）心身障碍或心身疾病；
- （七）药物或物质滥用；
- （八）其他精神障碍。

5. 儿童的心理创伤后的压力疾患有哪些警讯、如何提供协助、何时症状会发生、何时结束？

☆什么是儿童心理创伤？

儿童心理创伤是指孩子在没有准备的情况下受伤或看到意外发生，如突发性自然灾害（地震、台风）、车祸、火灾等，所造成心理上的后遗症，进而影响孩子的日常行为及以后的人生。

☆有心理创伤的孩子会有什么行为？

受创伤的孩子会变得很胆小，很黏人，很容易被吓到，他可能对以前喜欢的活动没有兴趣，变得容易分心，也很爱哭，爱发脾气，不听话。有的孩子反而会变得很乖很懂事，但是晚上却会作恶梦、睡不着或尿床。有些孩子会在意外发生过一段时间后才会有这些行为，有些孩子只会出现其中的某几种行为。

☆心理创伤的复原过程

（一）意外刚发生

孩子可能有的行为--

有的孩子：木然、没有反应、变得特别听话……等。

有的孩子：爱哭、爱闹、很黏人、恶梦、失眠、容易受惊吓……等。

你能做的：让孩子相信你保护他。

（二）意外发生后一段时间

孩子可能有的行为-- 作恶梦、故意惹大人生气、一直说意外发生的经过、在玩的时候重演意外发生的情形……等。

这时候孩子会在内心里问自己：“为什么是我？”“是不是我的错？”“是不是因为我太坏了？”

你能做的：帮助孩子了解他的害怕和难过，让他说出来或用其它方式表达出来。

（三）复原后期

孩子可能有的行为-- 开始回到正常的生活情形。

你能做的：帮孩子做复学的准备、让家庭回复到以前的生活情形。

6. 成人的心理创伤后应激障碍有哪些警讯、如何提供协助、何时症状会发生、何时结束？

创伤后应激障碍(Post Traumatic Stress Disorder, PTSD) 通常在创伤事件发生的一个月后到三个月内出现，但也可能在事发后数个月至数年间延迟发作(delay onset)，引发创伤的事件包括战争、暴力犯罪、性侵害、严重交通意外、自然灾害、技术性灾难(technological disaster)、难民、长期监禁与拷问等，罹患 PTSD 多为直接或接触创伤事件的幸存者(受害者)、目击者与救援者。

症状持续视患者的状况有极大不同，一般而言，大约有 50%的患者在三个月之内复原，另有文献指出，约有 30%的患者可以完全康复，40%患者持续有轻微症状，20%患者有较严重的症状，10%症状持续不会改善甚至更恶化。

创伤幸存者主要心理困扰仍以忧郁、焦虑症状为主，研究也显示 PTSD 患者日后罹患忧郁症的机率较一般人高。此外，其它衍生的问题涉及人际关系、社会适应、物质滥用、家庭与健康问题等。

虽然引发创伤的原因不一和方法学上的问题，其研究结果难以统一。但在参考研究数据时需要注意，具严重心理困扰的幸存者，可能无法自行寻求帮助，当然也不太可能被包含在结果内。所以，所有的研究都有低估创伤影响的可能，实际情形应该比这些更严重！虽然大部分人可在数年内恢复，不幸地，部分幸存者会有长期甚至永久的心理创伤。

但是恢复的速度是否可以加快？伤恸时间是否可以缩短？长期创伤者的比例是否能降到最低？一些研究认为，灾后的心理社会压力是影响心灵复原最重要的因素。如何减少幸存者的压力，从政府推出的安置与重建计划，实际解决灾民生活的需求，到心理卫生专业人员推动的心灵重建，有许多可以挥洒的空间。

7. 如何进行儿童的悲伤辅导？

通常采取“悲伤支持性小团体心理咨询”的方式。辅导人员可视学生于震灾后之个别状况与需要，筛选较需协助与情感支持的学生，如家中有人罹难、受伤、房舍损毁、过度惊吓或目睹灾难现场者（但遭遇重大失落者，如家中多人去世、唯一幸存者需特别考虑个别与团体治疗的形式），组成一群 4 至 12 个相似遭遇、情感或行为上问题的支持性团体，此团体以分享、支持、关怀与回馈之情感支持为主，增进自我重新面对生活与适应的能力。

团体聚会时间以一周一至二次为原则，开放或封闭式均可，但以固定成员的封闭式团体较具安全感与凝聚力。讨论与订定一些规范是重要的，如保密、准时出席、共享时间不独占、不强迫分享、除非要求不予他人忠告建议等。

8. 如何进行成人的悲伤辅导？

哀伤辅导原则

- * 使失落真实化：和当事人谈细节（以对抗退缩）。
- * 帮助认同表达情绪：生气、罪恶、焦虑。
- * 罪恶感的处理：引导逐步消除罪恶感。
- * 提供安全所在：表达情绪虽很痛苦，但不会被淹没。建立包容关系。
- * 使行为常模化：心理疏导，指出别人也会如此。
- * 尊重、引导防卫机转：如转移、否认、合理化等。
- * 鼓励放开死者：强调“此时此地”的参与。
- * 下决心的困难：不要强调当事人下决心。
- * 认识病态并转介：如有明显的心理症状，要尽快转介给专业心理治疗师。

9. 灾难过后，人们的反应将随着时间的过去而有什么样的变化？

灾后各阶段的心理应激反应：

（一）第一阶段发生于危机冲击当时和之后不久，情绪是强烈的，包括害怕、麻木、惊吓、困惑。人们发现自己被要求表现出英勇的行为，以解救他们自己或其它人的生命与财产。人们表现出明显的利他行为，合作无间以协助他人存活和复原。在这个阶段中，最重要的资源是家人、邻居和各种紧急助人工作者。

（二）灾难的第二个阶段通常在灾难之后的一个星期到数月不等。症状包括胃口改变、消化问题、头痛、生气、怀疑、急躁等；也可能出现淡漠和忧郁，从家人和朋友当中退缩，对于未来的焦虑升高。另一方面，幸存者（那些失去所爱之人和财物的人们）会发展出一种强烈的想要与他人分享危险经验的感受。

（三）灾难的第三阶段通常会延长到一年，特色是如果政府的协助没有兑现或延后，就会产生强烈的失望、怨恨、痛苦。机构可能会撤出，本身的社区组织也可能被削弱或消失。在这个阶段，受难者专心于解决他们自己的个人问题，会渐渐失去以前和社区分享的那种感受。

（四）即使受难者已经没有残存的问题了，最后阶段（重建阶段）还是可能会持续许多年。此时，大规模灾害的受难者了解到，他们将要渐渐地解决许多问题，大部份要靠自己重建家园、事业和生活，而自己也要渐渐担负起这项责任。新建筑取代了旧建筑，新的计划与方案发展出来了，再度肯定了受难者对于社区和自己能力的信任，但是当这样正面的事情并未发生时，可能会出现严重和强烈的情绪问题。

10. 灾难的幸存者如何减轻负性心理所造成的危险性，并从灾难的心理压力中尽快复原？

灾难事件刚发生时的处理：目标在降低紧张度，恢复安全感及适应能力，包括：

（一）亲友可帮忙

- 倾听受灾者的情绪，能用话语把情绪说出来是最好的复原良药，不要急着给建议，而让他无法把情绪说完。

- 尊重他复原的步伐。不要急于帮助他恢复情绪。

- 旁人对受灾者的情绪有所了解及接受。

- 提供安全协助（包括住所、资源、信息），尤其灾后有许多实际问题要处理，可帮忙收集信息。

- 鼓励受灾者表达自己的需要、情绪，成为复原的发起者。
- 协助受灾者评估问题，找出适当解决方式。
- 协助亲友避免过度反应，如躁动、自伤行为、酗酒等，若出现这些情况，协助找专业人员处理。

(二) 自己可帮自己的忙

- 避免、减少或调整压力源：比如少接触道听途说，或刺激的讯息。
- 降低紧张度：和有耐性、安全的亲友谈话，或找心理专业人员协助。
- 太过紧张、担心或失眠时，医生可用抗焦虑剂、助眠药来协助你，这只是暂时使用，但可有较快安定的效果。
- 做紧急处理的预备：逃生袋、电池、饮水、逃生路线等，多一点准备可让自己多一份安心。
- 这段时间会有很多混淆的情绪及事情要面对，先从最重要、较容易完成的部份着手，不要一次处理太多事。
- 不要用酒、毒品。
- 不要孤立自己。要多和朋友、亲戚、邻居、同事或各种宗教、心理辅导团体的成员保持联系，和他们谈谈你的感受。
- 规律运动，规律饮食，规律作息，照顾好身体。
- 学习放松技巧，如听音乐、打坐、瑜伽、太极拳或肌肉放松技巧。

11. 如何协助孩子应对创伤性的意外灾害事件？

- * 尽量给儿童安全的感觉，用言语安慰他们，用身体接触譬如拥抱他们，给他们安全的感觉。
- * 鼓励他们表达他们的害怕、痛苦和哀伤。儿童会用游戏、语言、文字表达这些不舒服的感觉是很自然的事情，我们要耐心听他们表达。
- * 在这刚刚发生灾变的时候，不要让儿童离开你们，一方面是保护他们身体的安全，另一方面也是提供他们最直接心理安全的保障。
- * 鼓励他们和别的孩子玩，年纪比较大的孩子要鼓励他们参与重建的工作，让他们有共同为重建家园而努力的感觉，这是最宝贵的经验。

当孩子面对这么大的灾变时，会产生不稳定的情绪和行为。在您的支持和保护之下，情绪和行为问题会随着时间而逐渐减少。假如过一段时间仍然持续，或者是这些现象发作得越来越频繁，或发作得越来越严重，请您尽早和相关的专业人员，如儿童精神科医师、儿童心理师、社工师、及一些有经验的辅导老师和小儿科医师联络，请他们协助。

12. 学校人员如何协助学生在创伤后重新适应生活？

工作重点应分阶段进行。

生活和身体安顿：若其住屋不能使用了，或没有家人的学生应尽快有专人协助安顿食宿和生活，并注意其个人身体健康状况和保健。

心理咨询：约三个月到一年之间，再根据个人悲伤复原的进展现况，考虑是否需专业心理咨询人员或心理治疗师的协助。

青少年和儿童阶段的学生，因其悲伤反应性质与成人有别，一般未受专业训练的人往往难以辨识其悲伤反应。因此，这类学生若所在学校无悲伤咨询的辅导专业机构，则先寻找其他专业人员咨询，安排适当教师给予心理支持，于生活安顿后，安排心理人员给予协调。

13. 在地震之后，孩子拒绝去睡觉或上学，父母该怎么办呢？

(一) 生活状态改变、尽快恢复日常生活的规律

孩子的生活作息变得不正常，小小孩可能变得粘人，其它孩子可能变得比较不爱玩或不喜欢动。尽快恢复日常生活的规律，可以让孩子早点有安全感，例如吃饭和睡觉的时间尽量保持一定，但是可以有点弹性。可能的话，睡觉时可以开个小灯，若是有需要，可以让孩子抱着玩具睡觉，睡觉前父母可以说一些话或是做一些动作（像是摸摸头、抱抱孩子或是亲亲孩子）来安抚孩子。如果他们不听话，尽量不要处罚孩子，因为这次地震的影响很大，可能需要一段时间才能回到原来规律的生活。

（二）攻击或反抗行为、对不良行为限制

小小孩可能出现打人或咬人的行为，较大的孩子则是打架、不和同学玩、逃学或变得很不听话。一般来说，对年纪比较小的孩子，只要限制他们不好的行为，大部份可以获得改善。对较大的孩子，有时他们内心的焦虑或沮丧会以不良行为来表现，这时候可以请他们一起重建家园或照顾弟妹，让他们的情绪有好的发泄管道。如果可能的话，团体治疗可以帮助这些大孩子表达他们的想法和情绪。

14. 家人该如何相互扶持以度过创伤事件？

家人可以按下列方式照顾自己及幸存者：

（一）了解急性应激反应和创伤后应激障碍症候群。参加急性应激反应和创伤后应激障碍症候群的课程及演说，阅读相关书籍及录像带。

（二）鼓励幸存者寻求创伤后应激障碍症候群的专业协助。家人可鼓励幸存者接受协助，但不是逼迫他去接受；这是一种关怀而不是惩罚。

（三）寻求家人本身的个人或是家庭咨询。避免本身受到二度之压力，家人本身也需要处理自我情绪；这也可和幸存者互相鼓励，表示专业协助之重要。

（四）学习压力及愤怒处理。学习压力及愤怒处理的课程，增进沟通及互相照顾的能力。

（五）保持及享受良好之生活。维系正向的人际关系、维持创造性的工作、继续学习并享受闲暇生活，这些是走出阴影的必要条件。

15. 在灾害事件后，哪些人可能是自杀的高危险群？为什么？如何避免悲剧的发生？

正在经历哀恸历程的人，属于自杀的高危险群（比较一般的人来说，他们的自杀可能性的确是比较高的，过去有一些的统计报导确实显示如此）。所以对于陪伴者或心理辅导志愿者而言，自然应该去注意哀恸者自杀的可能性。而另外有一些会使得自杀危险性增加的因素，如当哀恸者在意外中死去亲人数不只一位时，或是哀恸者在遭遇严重的失落之后，因为家庭的瓦解而缺乏稳定的家庭或社会支持系统时，或是哀恸者长时间的处在自我封闭、与社会严重的疏离的情况下时，哀恸者会以自杀的方式来结束自己生命的危险性也会跟着升高。

16. 何时该寻求专业心理治疗师的协助？

如果有以下现象，建议你取得专业心理治疗师的协助：

- 你发现自己有很长的一段时间心情都很乱，感觉有很多的压力、混乱，并且觉得很空虚，觉得自己快要撑不下去。

- 在事情发生一个月之后，你还是一直感觉麻木、迟钝，并且要不断的保持忙碌，为的是让自己不去胡思乱想。

- 不断地会再想起地震的事情，睡觉时会做恶梦而惊醒，或是有很多身体上的不舒服。

- 没有人可以和你讨论你的感受，但你自己又觉得自己有这个需要。

- 你的工作或人际关系变糟了，让你很不舒服。

- 你又发生了其它的意外。

- 从灾难发生之后，你抽烟、喝酒、或吃药的量都变得过量。

17. 何时该将受难者转介给专业精神卫生医师？

对于大部分的哀恸者来说，如果能够在家人亲友彼此的陪伴下，随着时间的过去而逐渐的走过忧伤，那么这样的过程通常并不需要去寻求精神卫生医师的协助。

但是，如果哀恸者因为过度的悲伤、绝望而出现自杀意念时，或是由正常的哀恸历程演变成为忧郁症的情况时，往往就需要去寻求专业的协助处理了。除了自杀的可能性与忧郁症之外，还有一些异常的哀恸历程是值得特别注意的，包括持续的否认亲人死亡的事实、延迟的哀恸历程（情绪隔离、情绪压抑）、对死者的病态认同、无法逐渐复原的哀恸历程等。特别是出现了创伤后应激障碍，更需要专业精神卫生医师的帮助。

18. 救援人员会面临哪些生理和心理压力源？

一般来说，参与救灾人员会面临三种类型的压力源：“救援人员的损失或受伤”、“创伤性的刺激”与“任务的失败”。救援人员的损失或受伤是指参与救灾时因为过度劳累而无法发挥功能或受到伤害；创伤性的刺激指救援人员目睹灾难事件现场凄惨景象而产生恐惧惊吓反应；任务的失败指当救援工作未达预期效果，救援人员感到强烈失望或觉得个人没有价值。救难人员在参与救灾阶段与任务结束阶段时，都会面临不同的心理压力，有些压力甚至是不不断累积或周期性的复发。

19. 救援人员可能出现哪些心理症状？

如果救援人员未能了解自己的压力源，并予以适当处理，则压力堆积到一定程度后，可能会产生一些心理症状。如身心疲惫，情绪不稳定，精神恍惚，没有尽力救人的罪恶感，心情忧郁，无助，生气，灾难景象会不由自主的出现在脑海中，悲伤、心情低落，梦魇不断或睡眠困难，冷淡、兴趣减低，情感否认、麻木感，对别人的安危过度担忧，或是不愿意诉说救难经验等等。

20. 对于也可能受到心理创伤的救援人员，该如何提供心理支持？

一般来说，在每一次救灾任务暂告一段落后，由心理专业人员向救援人员作一个简单的会谈交流，请救援人员说出一天工作下来，自己“想到什么”，“看到什么”或者“有什么心得”想分享给其它同伴。这样，一方面可以降低个人因为工作负荷量感到过度身心俱疲与情绪困扰，另一方面可以凝聚救难人员的士气，由团体的社会支持使个人保持脑力、体力与心力的完善状态，为自己隔天的任务加油打气。

当然，社会大众的鼓励与支持，更是救援人员的坚强后盾，当救援人员将心理资源与社会资源结合在一起时，更可提升工作效率，协助灾民重建家园。

如果救援人员感受到自己的症状明显，表示个人的身心状态已经处在一种能量过度耗损的疲惫感，若症状持续发生且已经严重影响到个人的人际关系与社会功能，需要前往附近的医疗机构寻求心理卫生的专业帮助。

——2008年5月14日整理

2010年4月15日修订

地震后健康教育传单—适用于一般民众

杨明磊 邓明显

亲爱的社区居民们：

我们非常关心您们在此次地震灾害中所遭受的损害，更关心您们历经灾变后的心理压力反应影响。这些影响如：

- 1、成人会出现焦虑、忧虑、发呆、生气、情绪起伏、胃口差、睡不好等等身心困扰；甚至会影响工作表现及社会关系。
- 2、对小孩子的影响还包括焦虑、睡眠不好、不想上学。
- 3、对老年人更有特别额外压力。

但是切莫惊慌，因为这些都是**正常的灾后反应**，不需害怕自己是不是会产生心理问题，只要照以下的建议抒发情绪，去除担心；就能克服困难恢复身心状况。

- 1、先恢复原先规律的生活，例如三餐定时（即使吃不下，吃一点也可）、可帮助恢复生活秩序感，更能因应压力。
- 2、接纳自己及家人的情绪反应，了解这些都是正常的。
- 3、家人学习相互支持、安慰、分享心情，最好不要压抑；因为压抑会衍生许多后遗症，更导致身体不适等。
- 4、学习各种放松方式，松弛自己的身体与心理压力。
- 5、尽量不要整天在家中，要多和邻居、朋友、亲戚、同事连系，和他们谈谈您的感受，互相支持安慰。

如有需要，可到心理辅导站和心理专业人员谈谈，或拨免付费的心理热线专线电话，我们将提供进一步说明。尤其有下述三种情况之一，最好能与我们联系：

- 1、当困扰的情绪或行为已经持续超过4周。
- 2、当这些情绪或行为已相当干扰正常生活功能（包括工作、家庭关系或学业等方面）。
- 3、对自己的情绪或行为感到相当不舒服或相当担心时。

欢迎使用心理援助热线电话：1-917-4-2-7176（美国），XXXXXXXXXXXX（中国）

IACMSP 灾后心理援助协调中心

—2008年5月16日整理
2010年4月15日修订

地震后健康教育传单—适用于救援人员

杨明磊 邓明显

灾难救援人员身心调适

面对震灾的惨状，以及救灾工作的过度负荷与不顺利，甚至危及个人生命财产的损伤。这些沉重的压力，均会影响您的身心状态，造成许多的生理与心理反应。您可能会有下列的反应：

- 1、极度疲劳、睡眠不足，产生生理上的不舒服（例如：晕眩、呼吸困难、肠胃不适等）；
- 2、失眠作恶梦、注意力无法集中；
- 3、对眼前所见感到麻木、没有感觉；
- 4、害怕自己崩溃或无法控制；
- 5、对救灾不顺感到难过、精疲力竭、生气、愤怒；
- 6、对受灾者的惨痛遭遇感到悲伤、忧郁；
- 7、觉得自己救灾工作作得不好，对不起灾民；
- 8、喝酒、抽烟或吃药的量比平时多很多。

在目睹这样严重的灾变后，这些都是**正常的反应**。它需要时间来抚平，您可以采取一些应对策略，让自己尽快恢复元气。

您能为自己作些什么？

- 1、适时地将这些感觉和救灾经验，与其它救灾伙伴分享
- 2、给自己适当的放松休息与睡眠（环境尽量保持安静、舒服、自在）
- 3、定时定量的饮食，即使您不太想吃东西
- 4、自己与伙伴间互相加油、打气，不要互相指责
- 5、肯定自己与伙伴在救灾上的努力
- 6、需要帮助时，尽快向伙伴们提出，并接受他人的帮助与支持
- 7、允许自己对救灾工作有负向的情绪（生气、害怕、担心、不耐烦、想放弃...）若长时间（一个月以上）您的心情依旧无法平复，这时您需要专业心理治疗师的帮忙

欢迎使用心理援助热线电话：1-917-4-2-7176（美国），XXXXXXXXXXXX（中国）

IACMSP 灾后心理援助协调中心

—2008年5月16日整理
2010年4月15日修订

地震后健康教育传单—适用于家长

杨明磊 邓明显

孩童在灾难发生后，会有较强烈的情绪感受，这些反应属于正常，并不会持续太久。以下列举一些孩童在经历灾难后常见的问题：

- ★ 过度害怕黑暗
- ★ 过度黏着父母
- ★ 过度担忧、不安
- ★ 增加较幼稚的行为
- ★ 不愿上学
- ★ 饮食、睡眠习惯改变
- ★ 增加攻击行为或退缩
- ★ 尿床或吸手指
- ★ 持续作恶梦
- ★ 头痛或其它身体上的抱怨

一些能帮助您孩子的建议如下：

- ★ 与孩子谈谈他对灾难的感觉，并说出您自己的感受
- ★ 以他能理解的方式尽量说明有关灾难的讯息
- ★ 让孩子确知大家现在是安全地在一起，并常常重复保证
- ★ 与孩子有肢体的接触及拥抱
- ★ 花较长的时间陪孩子入睡
- ★ 允许孩子对失去的人、事、物表示悲伤、哀悼
- ★ 如果孩子在学校有任何困难，请与老师沟通协调帮助孩子一起度过难关

孩子的情绪反应和不安通常不会持续太久，但一些情绪及行为问题会在未来的数个月中带来困扰。请重复阅读这份简要资料，若有任何问题，请与当地的心理卫生中心或儿童心理科联络。

欢迎使用心理援助热线电话：1-917-4-2-7176（美国），XXXXXXXXXXXX（中国）

IACMSP 灾后心理援助协调中心

—2008年5月16日整理
2010年4月15日修订

地震后健康教育传单——给学校老师的建议

杨明磊 邓明显

地震灾害对所有经历的人都是严重的创伤，而儿童因为心智尚未成熟，受到的影响更大。许多儿童会出现身体及心理的困难。一般来说这些情绪反应，在几天之后，经由老师和家里人的支持之下会慢慢减轻。建议您可以和学校的辅导老师立即作一些处理：

- 1、尽量提供儿童安全感，不要让他们孤单没人陪伴，让他觉得教室是安全的地方，老师是可以信赖的人。
- 2、假如孩子愿意的话，鼓励他们以游戏、图画、言语、文字表达对灾难的哀伤、紧张及害怕。假如他们不愿意或没准备好，不要勉强他们，否则会使他们觉得更害怕。同样经验儿童组成的小团体，可以让他们更容易表达。
- 3、鼓励他们和其它孩子玩以转移注意力，于正常的游戏中逐渐恢复正常的活动。尤其是丧失了双亲或者其它亲友的儿童，更要鼓励他们参予别的孩子的活动，因为这样可以让他们觉得跟别的孩子相同，可以在情绪上得到舒解。
- 4、我们应该给他们和别的孩子一样多的机会去从事相关的活动和作业，而非因同情让他们免除应该作的工作。当然我们要对他的情况有所了解，才可以作相关的、适当的安排。

如果这些情况没有减轻甚至加剧，比较严重的个案则需要和儿童精神科医师、心理师、社工师等等联系，对他们作适当的帮忙。这些所谓“创伤症候群”的现象包括：

- 1、儿童变得非常不安和紧张焦虑。
- 2、突然谈一些和现实不相关的事情，尤其是好像重复看到灾变的现场，或者是听到旁边不存在的声音等等。
- 3、儿童变得非常敏感，如惊弓之鸟似的一有风吹草动就非常紧张不安。
- 4、坐立不安，难以专心。
- 5、变得没有表情，好像任何事他都不在乎，激不起他的情绪反应。
- 6、退缩，对别人的谈话、别人的关心没有兴趣，从人群中退缩。
- 7、睡不着觉，或者半夜常常惊醒，恶梦不断。
- 8、行为退化到更小年龄的行为，如咬手指、尿床、口吃、缠着人不肯离开、哭闹像个小婴儿行为。
- 9、强烈的罪恶感，或者非常的不快乐，甚至出现伤害自己或说些和死有关的事情。
- 10、出现一些身体的症状，如头痛、肚子痛、恶心、头晕、尿床、尿频、身体某一部份不能动或是晕倒等等。

再一次谢谢您的热心参与来帮忙这些孩子。

欢迎使用心理援助热线电话：1-917-4-2-7176（美国），XXXXXXXXXXXX（中国）

IACMSP 灾后心理援助协调中心

——2008年5月16日整理
2010年4月15日修订

救援志愿者心理援助及自助简易指南

邓明显 杨明磊

感谢您！救援志愿者。在如此大的灾难中，与灾区同胞在一起。

感谢您，热心参与此次救灾的行列。在大家的努力与协助下，将能实现重建家园的愿望。救灾的行列中，您可能看到受灾的同胞，为此次的灾难感到震惊不已；为未来的生活感到惶恐不安；为亲友的伤亡感到罪恶、哀痛。看到他们处在生活的危机当中，也许您想帮忙却不知如何是好，也许您已经做了一些努力，但想再做更多的了解。

我们提供一些简便的方式，期待对您帮助需要帮忙的人们时，会有所帮助

——用心倾听他的心声

找个时间、地点，让他能安全、自在的表达出震灾后的内心感觉。

借着目光的注视与恰当的姿势、动作，表达出您愿意接纳他，愿意听他说话。

谈话时要专心，不要一边谈话一边忙着其它事情，也尽可能不要被其它事打断。

要有耐心，给他足够的时间谈，尽量不打破他的话，让他体会到您的全心接纳。

适当地问他一些简短的问题，可以帮助您更了解他的问题或想法。

尽量使用开放式问句，例如：“多告诉我一些关于……”、“你可以说说看你的想法……”、“你觉得对你最困难的是……”。

注意对方言语和非语言讯息（例如眼神、音调及肢体动作等）的表达。

在灾难后，灾民有时会因悲痛、无助，转而抱怨、气愤，甚至责怪救灾人员。这是很正常的反应，尽量不要激动或生气，心情激动也容易让自己误会对方的意思。请尊重且接受灾民的情绪感受，并给予支持。

——陪伴他一起解决问题

试着与受灾者建立良好的合作关系。

协助他理清问题的轻重缓急，先将心力及资源用在解决较重要的问题上。

协助他了解问题与资源，避免对问题的解决有不当的期待。

协助他寻找资源或援助，来帮忙解决问题。

协助他设定可以帮助他回复正常生活的具体目标，而且想出立即可以做到的行动步骤。

当他实际采取行动解决时，立即给予鼓励与肯定。

辛苦您了！在帮助别人之际，别忘了照顾您自己

面对震灾的惨状，骇人的景观或听闻，以及救灾工作的过度负荷与不顺利，甚至危及个人生命财产的损伤。这些沉重的压力，均会冲击着您的身心状态，造成许多的生理与心理反应。

——您可能会有下列的反应

极度疲劳、休息与睡眠不足，产生生理上的不舒服（例如：做恶梦、晕眩、呼吸困难、肠胃不适等）。
注意力无法集中以及记忆力减退。
对于眼前所见的感到麻木、没有感觉。
担心害怕自己会崩溃或无法控制自己。
因为救灾不顺而感到难过、精疲力竭，甚至生气、愤怒。
过度地为受灾者的惨痛遭遇而感到悲伤、忧郁。
觉得自己救灾工作做得不好，而有罪恶感或觉得对不起灾民。
喝酒、抽烟或吃药的量比平时多很多。

事实上，目睹这样严重的灾变，这些反应均是短暂的正常反应。它需要时间来抚平，让您恢复平常的生活。但您也可以采取一些应对策略，加快让自己恢复元气。

——您能为您自己做些什么

诉说您自己所有的感觉均是正常的，在离开救灾工作岗位之前，适时地将这些感觉和救灾经验，与其它救灾伙伴分享。

留意自己与伙伴是否过份疲惫，请给您自己适时的放松休息与睡眠。

必须有定时定量的饮食，即使您不太想吃东西。

虽然情况急困，但是请您尽量让自己休息时的环境保持安静、舒服、自在。

多给予自己及周围的亲友鼓励，相互加油、打气。在已经做了的工作上继续加上有利的作法，而避免批评自己或其它伙伴的救灾工作。

肯定自己与工作伙伴在任何微小工作上的好的改变，并乐观地期待未来愿景。

有困难时，不要犹豫向伙伴们提出，并接受他人提供的帮助与支持。

请注意：若长时间（一个月以上）您的心情依旧无法平复，这时您需要专业心理卫生师的帮忙。

IACMSP 灾后心理援助协调中心

—2008年5月16日整理

2010年4月15日修订

灾后心理辅导—协助儿童自我表达

邓明显 曾洁 李青莲

地震灾后，心理辅导如何帮助孩子走出心理阴影呢？协助儿童进行自我表达是一种很好的方法。本文介绍两种协助儿童自我表达的方式——绘画和谈话。

一、用绘画的方式

让孩子可以选择用画图的方式来表达自己的想法与情绪。把问题设计成绘画的主题，让孩子自由选择采用具体或抽象的方式来画。画完图之后，宜采用开放讨论的方式与孩子一起讨论整个活动过程，这样可以帮助整理其经验并表达情感。试着去读懂孩子的图，把它视为一种沟通的方式。

您可以怎么做？

1、用图画写成日记。画下与事件有关的人物、地点、活动等。将所画、所写的集结成册，也不妨尝试用计算机绘图方式。

2、共同制成墙报画成为一个“故事集”。让孩子们以目前生活中正在进行的事情为内容来画这张墙报。每一天都可以去看、去增加一些内容。鼓励孩子说出画的是什么。当完成时可将它当成是一个大家共同克服困难的示范，加以讨论并庆祝，还可以做成照片、投影片来展示、呈现。

3、剪贴画创作（将各种材料加以组合运用）。让孩子们利用剪贴照片、杂志、图画、文章、布片等来创作。告诉孩子如果从杂志之类找不到他们要的，可以直接用画的或在剪下的图片文字上加工。这种创作法相当有效，而且对孩子也很有安全感，不必担心自己画得不够好。

特别提醒您！

1、要一再地跟孩子确认“没有所谓正确的画法”。在介绍任何一种绘画方式时，要清楚地说明目的在于画一幅“会表达”的画，而不是一幅漂亮的画。对孩子强调他们所做的不会被打分数或被批评，也不一定向他人展示。当孩子不愿意与他人分享时，不要勉强他将作品展示出来。如果孩子不想要保存画作，也可以允许他们丢弃自己的作品。

2、允许使用各种不同的素材（蜡笔、彩色笔、铅笔等），但不宜使用水彩，因为对一个受创的孩子而言，他们经历的灾难是难以控制的，而水彩是一种过于松散的媒介。

3、在绘画的过程中，最好有一个以上的大人陪同，但应尽可能地不要控制及介入绘画运作的过程。

4、颜色、形状等对于不同文化背景的孩子，甚至同一文化背景下不同的孩子而言，都有其不同的意涵。

5、若有必要更深一层地去探索孩子画作的意义时，可以寻求专家的协助。

二、用谈话的方式

1、**说故事**—协助孩子藉由布偶、玩偶或比喻的方式说出或演出故事。也可以利用看图说故事方式来叙述灾难事件的发生经过。

2、**开放讨论**—对孩子提出一个主题，可以是一般性的或特定性的主题。可征求自愿者来参与讨论，可以多多利用照片、图画等来促进讨论。若得到大家的同意，可以把讨论的过程录像下来，再播放给大

家看。

3、**角色扮演**—可以创作一出短剧、利用游戏或角色扮演方式重现有关灾难之情景。如果可能的话，可以提供或共同制作道具、服装，包含灾难时期救灾人员的制服等。可以先告诉孩子灾变发生的经过，让他们在讨论或演出时比较熟悉这些情节，而不会有威胁感。

您可以怎么问？

1、当灾难发生时，你在那里？当时你正在做些什么？当时你的家人在那里？当时你的朋友在那里？当时你正在想些什么？你看到了些什么？你感觉到什么？你听到了些什么？出现了什么声音？你闻到了些什么？

2、在灾难发生后，你做了些什么？有什么改变了？（包括生活方式、生活环境）你的反应如何？你“失去”了些什么？（包括被丢掉、受损、被偷等）你自己或你所认识的人，有人受伤吗？你周遭的家人或朋友(包括宠物)怎么了？在灾难发生后，你做了些什么梦？在灾难发生后，你觉得自己有什么地方不一样？

3、你现在再想到这次灾难时会觉得怎么样？是什么让你感觉舒服些？你所认识的人当中，有人在这场灾难中死去吗？你是怎么度过之前那段痛苦的日子？如果它再度发生的话，你会有什么不一样的作法？你是怎么帮助其它人的？下次你又将怎么做呢？

特别提醒您！

使用开放式的问题，因为开放式的问题可以引发孩子较多语言表达。避免在提问时只能回答“是、不是”、“有、没有”就结束的问题。

尽量让每个孩子都有表达的机会，但是允许某些语言能力较不好、害羞、不习惯表达自己的孩子不发表意见，多多鼓励同侪间的相互支持。

接纳孩子的感受，让他们知道自己的反应是正常的，可以使他们安心。请记住您的角色是促进及引导，不要去控制整个讨论的内容，这样对孩子最有帮助。

好好地听孩子讲完之后，在适当的时机，可以试着提出一些温和的建议。譬如说：“除了那种想法和解决事情的方法之外，会不会也有别的方法可以解决呢？”，这类开放式的问题可以逐渐地帮忙孩子整理、反思自己的情绪与想法，对他们未来的调适和心理建设将有所帮助。

IACMSP 灾后心理援助协调中心

—2008年5月16日整理

2010年4月15日修订

救援人员应该如何帮助心理受创的儿童和青少年？

NH 译 MARY 校 邓明显 审校

在巨大的突发灾害面前，人们除了经历身体创伤之外，还会有一系列的强烈心理和情感反应。这些反应因人而异。极度的痛苦和绝望，极度恐慌，茫然失措，无助，愤怒，和麻木都可能出现。然而，这些都是人们对于非正常的突发性灾难的正常反应。本文旨在介绍针对与救助儿童和青少年的原则。

儿童和青少年对突发灾害的反应

这次地震给儿童和青少年带来了巨大的身体和心理创伤。这些创伤不仅在短期内会极大的影响他们生活的各个方面，它们也将长期影响这些孩子们的灾后的新生活。人有相当的自愈能力，但是，来自家人，朋友，和专业人士（心理专家）的长期的有步骤有目的的的帮助，能够使孩子们尽快的调节和适应这场灾难所带来的变故。

前面已经谈到，人们对于灾难的反应是复杂的。儿童和青少年的反应更受到他们生理和心理发展阶段的影响。以下是各个年龄阶段的不同反应。请注意，这些是心理学家从大型群体研究中总结出来的。您很可能会遇到不同的孩子的个人反应。但是，总体的原则是不变的。

五岁和五岁以下的孩子：

在这些孩子中普遍存在的反应是：

- 1、恐惧—很多孩子的面部表情和肢体语言都来源于恐惧。
- 2、“粘”父母和大人—很多小孩子坚决不愿离开父母或其他大人。请尽可能的让这些孩子们同他们的亲人或熟识的人呆在一起。
- 3、哭闹和尖叫。
- 4、发抖。
- 5、漫无目的的乱走。
- 6、有的孩子会失去行动能力—这并不是因为他们的腿脚受伤，而是由于心理上的应急反应。有一些孩子甚至会出现不吃不喝的情况。对这些症状，请务必保持耐心和爱心（本文在下面会专门讲解救援人员应该如何帮助这些孩子）。
- 7、还有一种情况：有的孩子会出现“倒退”。比方说，一个五岁的孩子，他可能会在行为、心理、和语言上倒退到3岁。他可能会开始吸指头，尿床，大小便不能自理，或者很怕黑。

请您一定记住：您如何对待孩子们的这些反应直接影响到他们的近期和远期的康复和适应。

六岁到十二岁的孩子：

在这些孩子中，普遍存在的反应是：

- 1、孤立自己—不和他人交流。
- 2、对亲人，朋友保持沉默。
- 3、做恶梦，入眠困难。

4、暴躁和愤怒—请注意，人们有可能把这种暴躁情绪当成是“叛逆”或者“不知好歹”。请您一定要有耐心。不要把这些孩子的暴躁和愤怒的情绪看作是针对与您个人的。

5、有的孩子会出现违拗，甚至会同人发生争斗。

6、不能集中思想，神思恍惚。

7、经常抱怨身体上的不适，比如胃痛和头痛，以及腹泻。

8、对通常的人和事产生没有现实依据的恐惧感。

9、情绪低落，抑郁。

10、负罪感：很多孩子可能会觉得自己对亲人、同学、和老师的死亡有责任

11、有的孩子会感到精神上的麻木。他们可能会表现得神情呆滞，对周围事物反应迟钝。这样的孩子实际上存在着最严重的心理创伤。请对他们给予特别关注。如果有心理专业人士在场，请让他们特别给这些孩子提供治疗。

12、不能够学习，读书。

十二到十七岁的青少年：

1、由于他们的记忆能力已相当成熟，青少年很可能会突然回忆起灾难发生的瞬间。这一点类似于成年人的反应。这样的回忆超出了“历历在目”的范围。这些青少年甚至会在视觉，听觉，触觉，和情感上再次经历那个灾难性的瞬间。这样的回忆不受这些孩子们主观的控制。一片废墟，一点声响，一种气味都能引发这样的回忆。由于这种回忆的鲜明程度和所涉及的感官和心理反应，即使这些孩子已身处安全地带，他们也会出现出汗，气喘，哭泣，惊慌等反应。这样的反应使有的青少年不能恢复正常的学习和社会交往。

2、有的青少年用逃避来对应危机。

3、有的青少年会有所谓“反社会”倾向。他们可能会不尊重其他人，故意扰乱秩序，损坏物品。对于这样的情况，请继续用您的爱心和耐心来对待这些青少年。同时，您应该建立行为守则，并给他们提供正常的宣泄渠道。适当的体育运动、使用音乐和绘画，以及给他们一个安全的倾诉的环境都能起到一定的作用。

4、有的孩子会经常抱怨身体上的不适，比如胃痛和头痛、以及腹泻。

5、做恶梦，入眠困难。

6、感到孤立和困惑。

7、情绪、低落，甚至抑郁。

8、有自杀倾向。

青少年可能会感到负疚。他们会责备自己没能够阻止灾害或者营救他人。他们也有可能归咎于其他的人或事，并有可能实施报复。

援救人员应该怎么做？

对于灾民的基本救助原则

在受灾后最初的几天至数周内，对灾民的救助极端重要。如果成年人受到及时救助，他们往往能够积极有效的帮助儿童和青少年。在救助灾民的时候，请一定记住他们的艰难处境，以及他们的经历所带来的心理上的一系列特殊需要。请务必尊重灾民，以同情心、宽容心、耐心、和爱心来对待他们。

以下是几条基本救援原则：

1、先帮助人们获取基本生存需要，如食物、饮用水、衣物、安全的临时居所等。

- 2、如果有伤员，尽量给他们提供医药。
- 3、帮助幸存者寻找家人。
- 4、尽量帮助儿童和青少年和他们的家人呆在一起。
- 5、没有找到亲人的孩子们应该有专人照管。可以考虑由 2 到 3 名援救人员照料 6-7 名儿童的生活。有兄弟姐妹的孩子们应该同他们的兄弟姐妹在一起。
- 6、了解灾情，并了解救灾的情况和进展。
- 7、帮助幸存者获取援助。
- 8、保证您自己的体能需要。
- 9、不要强迫别人讲述他们的经历。
- 10、不要探听他人的隐私。
- 11、不要说教，不要告诉灾民他们应该有什么样的感受，应该说什么。对于愿意诉说他们经历的人，请耐心的倾听。
- 12、不要许诺不现实的承诺。

对于儿童和青少年们的救助:

1、**您应该保护孩子们不再受到身体和心灵上的伤害。** 尽最大可能不要让孩子们再看到废墟、死者、和伤者——由于地震的影响范围，这可能不现实。但重要的是尽量避免孩子们受到“二次创伤”。尽量避免旁观者和媒体。被采访、照相会对孩子们的康复起到非常负面的影响。请给孩子们予耐心和爱心，但必须坚定地带领他们离开灾难现场。请尽最大可能不让孩子们看到死者，断肢，和伤者。

2、**无条件的接受他们的悲伤、痛苦、恐慌、和其他种种情感。** 很多时候，也许你不用说什么，只是以同情和关怀的心来倾听，就已经足够。请注意，千万不要强迫孩子们讲述他们的经历！有的孩子也许很愿意对你倾诉。您尽可以倾听这些孩子。但有的孩子需要时间和空间来理解这场灾难。请尊重他们的意愿。

3、**尽量让孩子们和亲人、朋友、和熟识的人在一起。** 这样能帮助孩子们尽快建立稳定感和安全感。

4、**请一定要以宽容的态度来对待强烈的行为和情绪的宣泄。** 有的孩子会有极端的反应（哭叫而不能平静，不停发抖，语无伦次，行为反常，呆滞，或狂躁），您一定要同他（她）呆在一起，直到他（她）平息下来。对那些不能自己进食的孩子们，要喂他们食物和水。要尽量使他们的生活有一定的规律。

5、**用您的言行来表达对孩子们的关爱。** 给他们一个拥抱，牵他们的手，拍拍他们的肩膀，这些都能够传递您的爱与支持。

6、**不要对孩子们说教，不要告诉他们应该有什么样的感受，应该说什么样的话。如果他们哭泣，让他们哭泣。不要说“别哭，你应该勇敢点，你应该坚强点”，“至少你还活了下来”。** 这可能违背您的直觉——因为我们觉得这些话是对孩子们的鼓励。但是，这些经历了极度创伤的孩子们需要的是感到被接受和认可，而不是被评判和说教。

7、**不要强迫孩子们讲述他们的经历。** 您可以倾听愿意表述的孩子，但是一定不要强迫那些不愿意讲述他们的经历的孩子。给他们时间和空间，给他们您的支持和理解。

8、**不要做不切实际的承诺。**“你很快就可以回家了”“你很快就会找到你的家人了”对很多孩子来说都不现实。

英文版取自美国心理健康研究院（National Institute of Mental Health）资料:

<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/helping-children-and-adolescents-cope-with-violence-and-disasters-what-rescue-workers-can-do.shtml#Helping-Young-Trauma-Survivors> (May 21 2008)

IACMSP 灾后心理援助协调中心
—2008年5月16日整理，2010年4月15日修订

危机事件集体减压（CISD）

邓明显 李建明 李青莲

危机事件集体减压（Critical Incident Stress Debriefing, CISD），也成为紧急事件应激晤谈。是一种系统的、通过交谈来减轻压力的方法。是一种简易的支持性团体治疗。

对于地震灾后的幸存者、救援人员、或救治灾区伤员的医护人员，可以按不同的人群分组进行 CISD。CISD 是一种心理服务的方式，并不是正式的心理治疗，面对的大部分是正常人。严重事件是任何使人体验异常强烈情绪反应的情境，可潜在影响人的正常心理功能。严重事件造成应激是因为事故处理者的应对能力因该事件而受损。实践表明，CISD 是一种非常有效的心理干预方式。

1、CISD 的目标

公开讨论内心感受；支持和安慰；资源动员；帮助当事人在心理上(认知上和感情上)消化创伤体验。

2、CISD 的时限

灾难发生后 24-48 小时之间是理想的干预时间，6 周后效果甚微。正规 CISD 通常由心理治疗师或心理卫生专业人员指导，事件发生后 24-48 小时之间实施，指导者必需对小组治疗有广泛了解，指导者必需对急性应激反应综合征有广泛了解，在事件发生后 24 小时内不进行 CISD。原则上，严重事件中涉及的所有人员都应该参加 CISD。

3、CISD 过程

在操作过程中，CISD 一般分为六个阶段。

第一期：介绍期（Introductory Phase）：指导者进行自我介绍，介绍 CISD 的规则，仔细解释保密问题。

第二期：事实期（Fact Phase）：请参加者描述事件发生过程中他们自己及事件本身的一些实际情况；询问参加者在这些严重事件过程中的所在、所闻、所见、所嗅和所为；每一参加者都必需发言，然后参加者会感到整个事件由此而真相大白。

第三期：感受期（Feeling Phase）：询问有关感受的问题：事件发生时您有何感受？您目前有何感受？以前您有过类似感受吗？

第四期：症状期（Symptom Phase）：请参加者描述自己的应激反应综合征症状，如失眠、食欲不振、脑子不停地闪出事件的影子，注意力不集中，记忆力下降，决策和解决问题的能力减退，易发脾气，易受惊吓等；询问事件过程中参加者有何不寻常的体验，目前有何不寻常体验？事件发生后，生活有何改变？请参加者讨论其体验对家庭、工作和生活造成什么影响和改变？

第五期：辅导期（Teaching Phase）：介绍正常的反应；提供准确的信息，讲解事件、应激反应模式；应激反应的常态化；强调适应能力；讨论积极的适应与应付方式；提供有关进一步服务的信息；提醒可能的并存问题(如饮酒)；给出减轻应激的策略；自我识别症状。

在辅导期，由于每个人的适应能力不同，这个阶段是让人区分哪些反应是正常的、合理的，哪些反应是过度的。突发事件后一月内出现的对事件的敏感反应，被动的回忆，情绪变得烦躁或者抑郁，和人

疏远等，属于突发事件后的一般反应。但如果说一月后这些反应没有减弱，则是过度了。对于这些心理反应，转移注意力，培养兴趣，计划自己一天的工作，和亲人沟通自己的感觉，或者求助心理医生，都是积极的应对方式。但如果通过喝酒等方式来对付心理反应，或者强制压抑就不是好的应对方式。

第六期：恢复期（Re-entry Phase）：总结晤谈过程；讨论行动计划；重申共同反应；强调小组成员的相互支持；挖掘可利用的资源。主持人总结后，回答参与人员的问题，提供后续服务的保证。

整个过程需 2-3 小时（一个单元时间）。严重事件后数周内进行随访。

4、CISD 的注意事项

(1) 对那些处于抑郁状态的人或以消极方式看待 CISD 的人，可能会给其他参加者添加负面影响。不宜进行 CISD。

(2) 鉴于 CISD 与特定的文化性建议相一致，有时文化仪式或宗教仪式可以替代 CISD。

(3) 对于急性悲伤的人，如家中亲人去世者，并不适宜参加 CISD。因为时机不好，可能会干扰其认知过程，引发精神障碍；如果参与 CISD，受到高度创伤者可能为同一会谈中的其它人带来更具灾难性的创伤。

(4) CISD 是团体治疗方法，一般不支持只在受害者中单次实施。

(5) 晤谈结束后，干预团队要及时组织干预人员进行团队晤谈，缓解干预人员的压力。

(6) 不要强迫当事人叙述灾难细节。

CISD 作为一种早期的心理危机干预技术，也涉及个体的文化和社会生活背景等方面的影响。目前反对该技术的观点认为，该方式有一定的强制性质，辅导者会影响参加者做出参加晤谈的决定；个体在晤谈过程中不愿意暴露个人信息会有耻辱感和同伴压力。但在危机干预实践中发现，一些晤谈参加者认为 CISD 非常有价值，为参加者提供了相互交流、相互理解的机会，分享了彼此的感受，避免了误解，促进了创伤的恢复。

尽管由于对 CISD 的研究方法的不同以及研究涉及的灾害类型不同，研究结果存在一定的差异。但其对于创伤事件的受害者，尤其是二级受害者缓解心理痛苦，具有重要意义。CISD 作为一种早期干预技术，必须与心理危机干预的其他方法包括后续的心理服务加以整合，才能更好地为创伤事件的受害者提供帮助。

IACMSP 灾后心理援助协调中心

——2008 年 5 月 21 日整理

2010 年 4 月 15 日修订

生命的失落与悲伤辅导

王友平 宋文韬 袁弘 邓明显

在生命成长的历程中，人们总会经历过一些失落与悲伤，如失恋、亲人死亡或离异；离开喜爱的工作或朋友；失去未来的美梦等，都会伤感哀恸。特别是遭遇重大灾害时，面对亲人的死亡，更是处于失落悲伤的情境中，若没有机会受到有效的抚慰与照顾，便可能产生负面或不利的生命态度，不但影响自己的成长，也伤害家庭与社会教育的本质。

在生命教育的工作上，学习如何抚慰与因应因失落而起的悲伤，将造就具有正面思考的人生观及生命态度。生命教育的重要方法之一就是悲伤辅导。这是心理治疗师、心理卫生医师、心理咨询师和社会工作者均需掌握的基本技能。

一、悲伤辅导的四个特定目标

- 1、增加当事人生命失落的现实感。
- 2、协助当事人处理已表达的或潜在的情感。
- 3、协助当事人克服失落后再适应过程中的障碍。
- 4、鼓励当事人向逝者告别，以健康的方式，并坦然地重新将感情投注在新的关系里。

二、辅导悲伤的基本原则

1、强化死亡的真实感

生者必须接纳“死不复生”的事实，才能面对因死亡而引起的复杂情绪与反应。尤其是突然死亡，亲友在毫无心理准备下接到噩耗，心中必有强烈的不真实感。强化死亡的真实感的最好方法之一，是鼓励生者面对死亡和谈论失落。例如：灾难发生时你在哪里？当时的情况怎样？如何发生的？是谁告知你的？葬礼怎么举行的？亲友们是如何谈这件事？类似这些问题的讨论都有助于检视死亡事件的发生，来强化死亡的真实感，让生者接受死亡发生的事实。

2、鼓励悲伤者适度地表达悲伤情绪

大部份哀恸的情绪都是令人不安的，例如：恐惧、无助、愤怒、愧疚、紧张、焦虑、压抑和悲哀等。随着这些情绪的表现，在失落发生的初期会有麻木、幻听、幻觉、幻想、混乱、托梦等悲伤行为出现。可是这些情绪和行为在遭遇失落的早期，由于亲友都还处于混乱状况中而无法被人认知，或未察觉其哀伤的强烈程度而被忽视。心理治疗师应认识这些悲伤情绪和行为是一种“正常的”而鼓励做适度地表达以纾解不安。

辅导悲伤必须要察觉失落对悲伤者的意义及冲击，例如：愤怒的情绪对象是谁？愧疚的具体内涵是什么？幻听、幻觉、幻想的内容是什么？心理治疗师应适当且有效地予以评估，检定出较为明确的问题焦点。否则，不管心理治疗师能引发多少或多有深度的感觉，都不算是有效的辅导。

但是辅导过程中，心理治疗师引导悲伤者表达悲伤情绪时，谈到与逝者的往事最好从鼓励正向的回忆开始。如果会谈时悲伤者先从负向的回忆谈起，即使正向的情绪很少，心理治疗师也应想办法鼓励他谈谈逝者的一些好处，或过去曾享有的美好回忆。这样才能够让悲伤者透过辅导再经验对逝者的矛盾情绪。

3、帮助悲伤者适度地处理依附情结

对悲伤者而言，顿时失去了一位长期亲密的依附者，必然会产生陷入绝境的无助、恐慌、茫然、苦思的反应。辅导员应该帮助生者适度地处理这种依附情结（attachment complex），让他确认与逝者之间过去所扮演的依附关系已经结束。他必须在失去逝者的情境中，在其往后的人生舞台重新拉起另一幕戏，扮演新的角色、建立新的关系，演出不同的人生戏码。

为了达成上列的目的，心理治疗师应该了解悲伤者在处理与逝者的依附关系所面对的问题。也许他舍不得离开已经全毁的家园、也许他想要尽速离开这个让人难忘的伤心地、也许他认为建立新关系，将自己的情感从逝者身上转移到另一个人身上对逝者是一种羞愧、也许他认为根本没有人可以取代逝者的地位，这些质疑可能是对的，但必须协助他面对并做适当的处理。但是有个原则辅导者必须要注意的，就是不要鼓励还处在剧痛期的悲伤者做任何重大改变生活的决定，如变卖财产、改行、换工作、领养孩子、或很快跳入一个新的亲密关系中。因为在极为悲伤的时刻，情绪尚未稳定，很难有好的判断力，并且容易产生不良适应而影响对未来新情境的适应或新关系的建立。重要的是告诉他，不要仅为减轻现在的痛苦匆促做决定，当他准备好时，自然就有能力做决定并采取行动。

4、从短期危机处理到长期悲伤疗程

面对灾变、意外的伤亡，生者在完全没有准备下所遭受的严重失落与心理重创是可以想象的。因为环境在非常急速中改变，以致生者无足够的时间、精力与资源来应变，造成一种情绪上的休克，导致“休克危机”（shock crisis）。另外，生者可能在一段时间内有效地适应一些紧急的情境，但当他竭尽他的适应资源（能力）时，即造成一种源尽危机（exhaustion crisis）。在这种情况下，生者用来控制其行为的功能暂时丧失，形成崩溃状态而产生危机。此时急需运用危机处理的方式，来发掘并协助因为危机直接受影响的生者之内在、外在资源，以增强其处理及运用资源的能力，解决目前的困扰问题。

悲伤辅导是一种割断依附关系的渐进过程。危机处理是在协助生者在短期内减除危机障碍和促进生活适应能力。事实上，危机只是一种暂时的现象，所有的危机必须有结束的一天。但是对某些人来说，悲伤却是长期的疼痛，需要时间来疗伤，更需要持续的支持。例如：如失落后三个月、周年忌日、逝者生日和特别节庆等都可能引发生者的哀恸。可是悲伤者周围的亲友，由于缺乏这方面的认知，常常急着想克服失落，期望悲伤者尽快恢复正常的生活和作息，导致悲伤者压抑哀恸，使正常典型的急性悲伤变成复杂的慢性哀痛，这样反而成为疗伤的障碍之一。因此，悲伤辅导应从短期的危机处理转为长期的悲伤疗程，才能达到悲伤辅导的目标。当然，个别辅导是其中方法之一，可是限于人力，采取丧失团体（悲伤者自助团体）的团体辅导方式，应该是一个可能给予的有效而持续的支持方式。

5、心理治疗师应有能力辨认“正常的”与“病态的”的悲伤行为

当一个人面对「失落」时，不只在精神上会有极度的痛苦，在身体上也会产生明显的疼痛和变化。一般而言，在哀恸的过程中，都会感受到身体的不舒服。最普遍的症状是：头痛、消化不良与四肢疼痛。还有如：失眠、暴躁、不安、忧郁、缺乏或提高食欲也是很平常的现象。有的人会从事激烈的活动，而有些人却提不起兴趣。肌肉紧张、疲劳、记忆力不好及无法专心等情形，也会伴随哀恸而来。有些人会有过敏性的反应，另有些人会有双手颤抖、心脏悸动、晕眩、与呼吸短促等因极度焦虑而起的特性，还有人会有与其已死的亲人相似的病兆。

心理治疗师要有辨认悲伤行为表现的能力。在辅导过程中，心理治疗师会面对没有重大失落经验的人，误认其正常悲伤行为表现为病态行为，而造成更为严重的不良适应。反之，辅导者亦有可能将正常悲伤行为当做病态行为辅导，导致延误治疗，甚至加剧悲伤的病态行为表现。因此，辅导者必须具备辨认「正常的」与「病态的」的悲伤行为的能力，才能提供高品质的服务。

一般而言，“正常”或“病态”的辨别，应以该悲伤行为是否在常态的悲伤期间所表现而定。若常态悲伤期表现出过激的症状，心理治疗师视实际情况给予适当的悲伤治疗是必要的，尤其是生理上的疾病必须先确定并转介到医院接受治疗。否则仅给予悲伤者支持并再保证这些行为其实是正常的，即能帮助他度过正常的悲伤期。如果悲伤者过了正常的悲伤期，还有下列的不良防卫或适应型态，例如：退缩、

拒绝正视逝者遗像，表示悲伤者还停留在不真实感，而采取不健康的心理防卫机转来减轻其焦虑。或长期保留与逝者有关的物品等等行为来消除分离焦虑，就是显示出不健康的适应模式。如果滥用酒精或药物来面对失落，而导致激化悲伤经验，阻碍哀悼的调适过程，心理治疗师则需采取积极治疗态度，必要时需要转介。

6、心理治疗师不要用陈腔烂调来抚慰悲伤者

特别要提醒大家，心理治疗师不要用那些对哀恸当事人没有帮助的陈腔烂调，例如：“做个勇敢的男孩！”、“生活是为了活下去”、“一切很快就会结束”、“你会站起来的”、“一切将在一年内过去”、“你会越来越好的”、“坚强、再坚强”.... 等等太过笼统却毫无帮助的“安慰话”。

生离死别是人生最大的创痛。人们必须藉由表达悲恸来哀悼失落，宣告分离，并且重新建立新关系。否则，必会造成身心的不适和疾病，而无法走过悲伤。

IACMSP 灾后心理援助协调中心

——2008年5月18日整理
2010年4月15日修订

放松技术：学习如何平静你的压力

邓明显 博士（美国东西方健康科学学院教授）

徐君哲 博士（纽约州立大学医学院 PTSD 病区教授）

放松技术是一种来帮助你探索如何处理压力的很好方式。放松不仅仅是内心的平和或者享受业余爱好。放松是减少应对生活的挑战对你的心灵和身体的磨损的过程。

无论你是否在生活中承受些压力或者你已经将它控制住，你都能在学习放松技术中受益。学习基本的放松技术并不难。去探索这些简单的放松技术，可以让你开始应对你的生活和改善你的健康。

在灾后心理急救和心理卫生服务工作中，放松技术是最常用的心理行为训练技术之一。

一、放松技术的好处

放松技术有这么多事要做，可能在你的一生中居于次要地位。但那将意味着你可能会错过放松对健康的好处。

练习放松技术能改善你对压力的生理反应，像：

- 减慢你的心率
- 降血压
- 减慢你的呼吸频率
- 减少需氧量
- 增加主要肌肉的血流量
- 降低肌张力

你也可以从放松技术中获得这些对整体健康和生活方式的好处

- 较少的身体症状，像头痛和背痛
- 较少的情绪反应，像愤怒和挫折感
- 更多的精力
- 注意力更集中
- 更强的处理问题能力
- 在日常活动中更高的效率

二、放松技术的类型

虽然卫生专业人员，如补充治疗和替代治疗从业者，医生和心理治疗师能教你放松技术，但你也能自学。放松技术通常包括调整你注意一些宁静事物和增加你对身体的认知。你选择哪种技术不要紧。关键是你试着有规律的去训练。

有几种主要类型的放松技术，包括：

1、自生训练放松法

自生训练法意思是感知来自于你自己的身体。在这种技术中，你同时运用视觉的想象和身体的感知

来缓解压力。在你脑海中重复些话语或建议来帮助你放松和减轻肌肉的紧张。你可以想象一个宁静祥和的地方，然后集中精力平稳放松你的呼吸，减慢你的心跳，或者其它不同的身体感觉，像轮流放松的每只手臂或每条腿。

2、肌肉渐进松弛法

在这种技术中，你专注于使每个肌群慢慢紧张，再使其充分放松。这会帮助你建立肌肉紧张与放松程度的区分感觉，并且你会变得更加清楚自己的身体感觉。你可以选择从你的脚趾开始紧张然后放松，再更多的上升到你的脖子和头部。让你的肌肉紧张最少 5 秒钟，再放松 30 秒，然后重复进行。

3、意象松弛法

在这种方法中，你意象采取了视觉之旅，去了个和平宁静的地方或环境。试着用你能感觉的感官去体会，包括嗅觉，视觉，听觉和触觉。例如，如果你想象在海滩放松，想象被阳光照射的温暖，海浪拍打沙滩的声音，坐在软绵绵的沙滩上的感觉和海水的味道。你就可能想闭上眼睛，坐在安静的地方，解开紧贴的衣服。

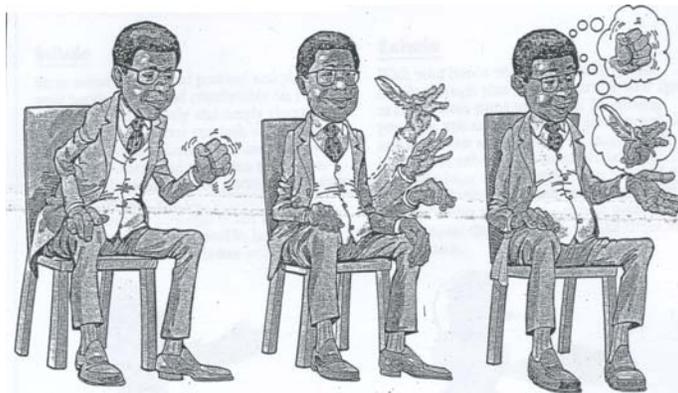
其它放松技术包括些你可能更熟悉的像：瑜伽、太极、听音乐、运动、冥想、催眠、按摩

三、实施放松技术

当你学了放松技术，你就会更加意识到肌肉紧张和由压力引起的其它身体感觉。一旦你知道应激反应是怎样的，你的肌肉一开始紧张，你就能做出有意识的措施来练习放松技术。你可以防止压力螺旋式地上升到不可控制。

记住放松法是技能。并且就像其它任何技能，你放松的能力都是随着实践而长进的。对自己耐心些。保持积极动力来减少压力对你身体的消极影响，和经历你生活中更大意义上的平静。

并且记住有些人，特别是哪些有严重心理问题和曾遭过虐待的人，在放松练习过程中可能会经历情绪上不适的感觉。虽然很少见，但是如果你在练习中感觉情绪的不适，那就停下来，考虑跟你的医生谈谈。



四、放松步骤

静坐在舒适的椅上，靠背扶手椅是很理想的。睡床上也很好。尽可能的舒适---不穿紧的衣服鞋子不翘二郎腿。深吸一口气，慢慢呼出。再继续。接下来要做的就是将特殊部位的肌肉群交替的紧张和放松。紧张后比紧张前肌肉将会更加放松。注意体会肌肉的感觉，特别是紧张和放松的相反感觉。在时候你将

会认识到特殊部分肌肉的紧张，并且能够缓解这种紧张。

每做一步都不要紧张一定肌肉以外的特殊肌肉群。不要屏吸，磨牙或斜视。慢慢平稳的呼吸并且只想紧张放松的相反感觉。每次紧张 10 秒钟，每次放松 10-15 秒钟。数“1, 000 2, 000...”直到你有时间间隔的感觉。记住每一步实际上是两个步骤---对每组相对的肌肉进行紧张放松的循环。

每天进行一次完整的有次序的训练直到你感觉能控制你的肌肉紧张。注意：如果你肌肉拉伤过，骨折过，或者有其它任何对身体活动禁忌的内科疾病，请先咨询你的医生。

1、手 拳头握紧；放松。手指伸直；放松。

2、肱二头肌和肱三头肌 收缩肱二头肌（收缩-但是摇动你的手来保证你没紧张到握拳）；放松（将手臂垂椅上）。收缩肱三头肌（试着向后弯曲你的手臂）；放松（甩手臂）

3、肩膀 将肩膀向后拉（要小心）；放松。向前耸肩；放松

4、脖子（侧面） 肩膀伸直放松，头慢慢转到右边，幅度尽可能大；放松。转到左边；放松。

5、脖子（前面） 下巴紧贴胸前；放松。（不推荐把头扭到后面--你不要扭伤你的脖子）

6、嘴巴 尽可能将嘴巴张大；放松。嘴唇紧闭或尽可能撅起嘴；放松。

7、舌头（伸缩） 嘴巴张开，尽可能将舌头伸远；放松（让其放在下腭）。尽可能回缩；放松

8、舌头（向上向下） 将舌头抵住上腭；放松。抵住下腭；放松。

9、眼睛 尽可能张大（皱眉毛）；放松。紧紧闭上眼睛（斜视）；放松。确保你在每次紧张后完全放松眼睛，前额和鼻子。

10、呼吸 尽可能深吸气，再多吸点；像平常样呼气 15 秒。呼出肺里所有的气-再呼出点；像正常吸气 15 秒。

11、背部 肩膀靠椅背上，向前推你身体这样使你的背弯成弓形；放松。要认真的做，否则就不要做。

12、臀部 用力收缩臀部，将骨盆稍微向上抬离椅子；放松。屁股用力做椅子上；放松。

13、大腿 伸长腿并抬高 6 英寸，或者脚休息但不收腹。将脚用力踩地上或者脚休息；放松。

14、胃 尽可能长的伸展胃部；完全放松。推挤胃部或者收缩就像你准备对肠道产生很打冲击力；放松。

15、小腿和脚 点脚趾（不抬腿）；放松。尽可能远的翘脚趾（小心抽筋-如果你抽筋或是感觉到要抽筋了，甩几下）；放松

16、脚趾 随着腿放松，向地面点脚趾；放松。尽可能向上弯脚趾；放松。

现在来放松一段时间。随着一天天实践的进展，你可能希望跳过些看似对你不成问题的步骤。当您成为一个对您的紧张区域很了解的专家后（数星期后），您就能时刻关心它们。这些练习将不会消除紧张局势，但是当它发生时，您就会立即知道，并将能够运用“紧张-放松”应付技术，或仅仅只是希望它消失。

五、为放松训练的呼吸练习

你呼吸的方式影响你的全身。全面，深呼吸是一个好方法，以减少紧张，感觉放松，减少压力。

（一）滚动呼吸

滚动呼吸的目的是开发肺的充分利用价值和跟你呼吸的节奏合拍。它可以在任何位置练习，但最好向上躺着，膝盖弯曲。

- 1、把您的左手放在您的腹部及您的右手在您的胸部。注意当你吸气和呼气时，你的手是怎么在移动。
- 2、实践呼吸充实你的下肺部，当你吸气时，您的左手就会抬高，您的右手仍然在那儿。始终用鼻子吸气用口呼气。
- 3、当您已经充分呼吸，新增第二步到您的 8-10 次，可以进行第二步：首先像平常一样将气吸到下肺部，然后继续吸入到您的上胸部。你这样做时，您的右手将上升和你的左手随着您的腹部下降。
- 4、当你从嘴巴慢慢呼气时，发出安静的嘘嘘声，您的左手会先下降，然后您的右手下降。当你呼气时，感受到紧张将远离你的身体，就像你会变得越来越放松。
- 5、以这种方式练习呼吸 3 到 5 分钟。注意你的腹部和胸部以一定的节奏像起伏的波浪一样上升和下降。

提供了立即能用的放松工具，每天训练滚动呼吸几个星期后，直到您几乎可以在任何地方实践，无论任何时候你需要。

注意：一部分人在尝试滚动呼吸的前几次会头晕。如果您过度通气或变得头昏眼花，减慢你的呼吸。慢慢爬起床。

（二）清晨呼吸

当你早上一起来，就尝试清晨呼吸，来舒缓肌肉僵硬和清理不畅的呼吸道。然后这样会舒缓后来一整天的紧张。

- 1、用站着的姿势，腰部向前弯，膝盖稍微弯曲，手臂摆着靠近地面。
- 2、当你慢慢深深地吸气时，慢慢抬起身回到站立位，最后抬起头。
- 3、这种站立位屏住呼吸几秒钟。
- 4、当你回到原来的姿势，慢慢将气呼出。

（三）清醒头脑

清醒头脑对你缓解脖子的紧张或当你心烦意乱时很有好处。

- 1、以慢慢的多摇动几次你的脖子开始。将您的下巴贴着您的胸部，或接近它，把你的头抬起来并

且转到右边，慢慢地吸气，直到你的头向后倾斜，你的下巴指向了天空。如果您脖子（颈椎）有关节炎或脊椎有其他疾病，不要将你的下巴抬向天空。

- 2、以这个姿势屏住呼吸几秒钟。
- 3、当你的头低下来，慢慢呼气，直到您的下巴是回到您的胸部。
- 4、重复做，这次将你的头转到左边。

六、在办公室或家里怎样放松

1、这种练习是这样做的，将紧张的肌肉维持 5 秒钟，然后放松 5 秒钟。当你使每块肌肉紧张时，在不要伤到自己前提下用劲做。当你松弛下来，就尽可能的放松。

2、后背抵着椅背坐直，您的脚平放在地板上，您的双手轻轻放您的大腿上。

3、如果可能的话，闭上眼睛。你可能在练习时不闭眼睛，但这样做将帮助您更加放松。不要将你的眼睛紧闭着，要让您的眼睑自然下垂。

4、慢慢从鼻子吸气，数到 5。屏住呼吸数 5 下。慢慢的呼出数到 5。再重复。

5、先收缩脚上的肌肉。保持脚跟挨着地面，将前脚踮离地面，脚趾对着自己。保持姿势慢慢数 5 下。

6、放松。让您的脚慢慢的放下复原。体会你的脚当时得多舒服。感受相比你肌肉紧张时是什么感觉。放松数 5 下。

7、接下来，将您的大腿肌肉尽量收缩。维持着数到 5。放松肌肉数到 5。

8、收紧你的腹部肌肉维持数到 5。放松肌肉，数到 5。确定您将继续坐姿端正。

9、收缩你的手臂和手的肌肉，尽力握拳，数到 5。再完全放松数到 5。

10、就像你将一起触摸你的肩胛骨一样，用力将肩膀向后推，收紧你的上背部。维持数到 5。放松数到 5。

11、将肩膀向耳朵举就像耸肩一样，将肩膀收紧，维持着数到 5。放松肌肉数到 5。

12、收紧你的颈部，先轻轻地向后移动你的头（就像看天花板一样）维持数到 5。放松数到 5。然后轻轻地将头耷在前面，数到 5。放松数到 5。

13、绷紧你的脸部肌肉。首先将嘴张开数到 5。然后提起你的眼睛眉毛，维持并数到 5。放松数到 5。最后将你的眼睛紧紧关闭，并维持数到 5。放松（眼睛，轻轻关闭）数到 5。

14、以呼吸来结束这个训练。用鼻子慢慢呼吸，数到 5。屏住呼吸数到 5。举行呼气数到 5。重复 4 次。

【提示】

无论什么时候你需要放松，是否你是在飞机上，汽车上还是在任何地方，都可以练习这活动（因为这个活动可以非常放松，但开车时不要做）。随着时间的推移，如果你有规律地练习，这个活动将会帮您认识到身体的紧张区域。您将能够在任何时候放松肌肉，而不是练习整个活动。

为了长期的结果你每天至少练习两次。你可以通过增加更多的肌肉群来开发自己更长的放松练习。找准自己的紧张区域，然后以相同的方式紧张放松这些区域。

在练习的最后，瞭望平和的场景，从练习中得到最大限度的好处。想想那场景的细节至少 5 分钟。

2008 年 6 月 12 日整理

2010 年 4 月 15 日修订

大地震灾后的学校心理辅导—教师指南

邓明显（美国东西方健康科学学院教授）

王友平（美国、加州仁爱医科大学教授）

李建明（华北煤炭医学院心理学系教授）

在地震灾害的救灾任务陆续告一段落之际，漫长的灾后心理社会康复的工作更是重建家园过程中不可忽视的一环。位居教育岗位第一线的教师，在这次灾害中，或许是直接受害者，或许是间接受害者，但当你回到校园，面对过度惊吓的学生该如何处置，你又该如何提升自我的心理能力，以增进自身的辅导效能呢？

在这份关于大地震灾后心理辅导的教师指南中，将说明灾民心理现象、心理辅导的原则、团体辅导及个别辅导的简单技巧、在地震事件中对学校师生可能造成的创伤压力（应激反应）甚至导致的心理困扰现象和心理障碍。

我们特别推荐目前在美国实施多年且颇具成效的“危机事件压力管理”（Critical Incident Stress Management, 简称 CISM.）模式。教师可以通过团体讨论的形式，引导学生在灾后对自己的心理进行重建。

我们希望这个指南可以发挥“自助助人”的功能，将地震伤害的冲击程度影响层面减缓到最低点。也希望这个指南对学校师生在重建家园的心理康复工作上有所帮助。

第一节 灾后的身心反应

在地震灾难发生之后，许多人会经历亲人的伤亡，或是自己身体也受到伤害。在这种情况下，受难者会因灾难而产生一些身心反应。作为一个帮助者，了解这些反应除了能适时鼓励他们表达自己的情绪，也能避免他们压抑自己的想法，造成身心的不适而延长复原的时间。

一、灾难后会经历到的情绪与身体症状

遭遇大地震如此严重的灾难事件，人们历经了一般生活中不会遭遇的危机状况。我们均会产生一些日常生活中罕见的“正常”反应，有些人会变为冷漠、麻木，对环境与他人少有反应；有些人则会产生许多的情绪反应；还有些人会出现不舒服的身体症状。这些情绪反应与身体症状包括：

（一）情绪反应

- 1、害怕——·很担心地震会再发生
·害怕自己或亲人会受到伤害
·害怕只剩下自己一个人
·害怕自己崩溃或无法控制自己
- 2、无助感——·觉得人们是多么脆弱，不堪一击
·不知道将来该怎么办，感觉前途茫茫
- 3、悲伤、罪恶感——·为亲人或其它人的死伤感到很难过、很悲痛
·觉得没有人可以帮助我·恨自己没有能力救出家人

- 希望死的人是自己而不是亲人
- 因为比别人幸运而感觉罪恶
- 4、愤怒——·觉得上天怎么可以对我这么不公平
 - 救灾的动作怎么那么慢
 - 别人根本不知道我的需要
- 5、重复回忆——一直想到逝去的亲人，心里觉得很空虚，无法想别的事
- 6、失望——不断地期待奇迹出现，却一次又一次地失望
- 7、希望——期待重建家园，希望更好的生活将会到来

(二) 身体症状

·疲倦	·发抖或抽筋
·失眠	·呼吸困难
·作恶梦	·喉咙及胸部感觉梗塞
·心神不宁	·恶心
·记忆力减退	·肌肉疼痛（包括头、颈、背痛）
·注意力不集中	·子宫痉挛
·晕眩、头昏眼花	·月经失调
·心跳突然加快	·恶心、拉肚子

二、疏解情绪与缓和身体症状的方法

面对如此大的心理冲击，在灾害发生后，尽快让我们回复日常的生活状态是最重要的。首先就是要尝试接受现实的情况，抚平情绪的伤痛以及缓和身体上的不适。以下就是一些简便的方式让我们可以用来帮助自己。

- 不要隐藏感觉，试着把情绪说出来，并且让家人与孩子一同分担悲痛
- 不要因为不好意思或忌讳，而逃避和别人谈论的机会，要让别人有机会了解自己
- 不要勉强自己去遗忘，伤痛会停留一段时间，是正常的现象
- 别忘记家人和孩子都有相同的经历和感受，试着与他们谈谈
- 一定要有充足的睡眠与休息，与家人和朋友聚在一起
- 如果有任何的需要，一定要向亲友及相关单位表达
- 在伤痛及伤害过去之后，要尽力使自己的作息恢复正常
- 工作及开车要特别小心，因为在重大的压力下，意外（如车祸）更容易发生

三、创伤后应激障碍症候群

面临重大的灾难，压力使人们产生一些短期的症状。但有时因为创伤过于强烈，例如一个人经验或目击到死亡，或受到死亡的威胁及严重的伤害，这些可能会使人们产生更为强烈的反应，如极度的害怕、无助或恐惧感。这种持续的状态（尤其是超过灾难事件发生后一个月），被称为“创伤后应激障碍（PTSD）症候群”。经历这些症状的当事人，极可能需要专业人员进一步的协助。PTSD 症候群的表现包括：

- 1、灾难的再次体验：指创伤事件不断地被一再经历，例如：
 - 灾难痛苦的回忆反复地侵入，包括影像、想法、或知觉到的事物
 - 事件反复痛苦地在梦中出现

- 行为表现出像是灾难又再度发生，或是感觉到回到事情发生的当时
- 从当事人的表现、谈话等线索中显示出心中强烈的痛苦，或出现生理上的反应，与此次灾难有关。

2、回避反应：指持续回避和此次灾害有关的刺激或情境，例如：

- 努力逃避与创伤有关的思想、感觉或谈话
- 努力逃避会勾起创伤回忆的活动、地方或人们
- 在回忆灾害的重要部分时有困难
- 对于重要活动明显地降低兴趣或减少参与
- 产生疏离感或与他人疏远
- 情感、情绪减少（如没有爱的感受）
- 对前途悲观（不期待未来的生活、婚姻、小孩、正常的寿命等）

3、高度的警觉性：指个体对环境的反应持续的处在高度警戒的状态，例如：

- 难以入睡或保持睡眠
- 易怒或爆发愤怒
- 注意力集中困难
- 过度警觉
- 过度的惊吓反应

四、儿童与青少年的身心反应

经历过地震大灾难，孩子们不论在生理、心理或行为上，均会产生许多的反应。一般而言，这些情绪反应并不会持续很久，但目前看起来状况很好的孩子也有可能在灾难发生数周后才逐渐地表现出来。由于儿童与青少年们对灾变事件（例如死亡）的想法与成人不同，因此表现出来的反应也稍异于成人。以下的整理是针对不同年龄层的孩子，可能有的各种反应，分述如下：

（一）所有年龄层儿童与青少年的共同反应

- 害怕将来的灾难
- 对上学失去兴趣
- 行为退化
- 睡眠失调和畏惧夜晚
- 害怕与灾难有关的自然现象

（二）不同年龄层儿童与青少年的典型反应

1、学龄前（1-5岁）

- 吸手指头
- 害怕黑暗或动物
- 畏惧夜晚
- 说话困难（例如：口吃）
- 尿床
- 黏住父母
- 大小便失禁，便秘
- 食欲减退或增加

这个年龄层的儿童对他们以往所处的安全的世界，因灾变而遭受破坏，会特别显得脆弱，因为他们通常缺乏处理紧急压力的语言和思考能力，而期望家人来帮助或安慰他们。

2、学龄儿童（5-10岁）

- 易怒
- 黏人
- 明显地与弟弟妹妹竞争父母的注意力
- 逃避上学
- 在学校失去兴趣或不能专心
- 哭诉
- 在家或学校出现攻击行为
- 畏惧夜晚、做恶梦、害怕黑暗
- 在同伴中退缩

退化行为几乎是这个年龄层的典型反应，失去宠物或有价值的物品对他们而言是特别难处理的。

3、青春期前（11-14岁）

- 睡眠失调
- 在家里造反
- 学校问题（例如：打架、退缩、失去兴趣、寻求注意的行为）
- 生理问题（例如：头痛、不明原因的痛、皮肤发疹、排泄问题等）
- 失去与同侪社交活动的兴趣
- 食欲不振
- 不愿意做家务

同伴活动在这个年龄层特别明显，孩子需要觉得他的恐惧是适当并和别人一样，反应以减低紧张和焦虑及可能的罪恶感为目标。

4、青春期（14-18岁）

- 身心症状（例如：排泄问题、气喘）
- 食欲与睡眠失调
- 烦躁或减低活动、冷漠
- 不负责或犯法的行为
- 注意力不集中
- 头痛与紧绷
- 月经失调与月经困难
- 对异性的兴趣降低
- 对父母控制、想要解放的反抗减少
- 虑病症（不断担心自己有病痛，但无医学上的根据）

大部分青春期的青少年活动与兴趣都集中在与他（她）同年龄的同伴，他们特别容易因同伴活动的瓦解，以及共同努力时失去大人的依靠而悲伤、难过。

孩子在灾难中失去亲人，是最常见的压力，也是最急需处理的危机，大多数会出现以下反应：

- 不相信亲人已经永远离开
- 身体不适，例如没食欲、呼吸困难
- 觉得自己被抛弃，对过世亲人生气
- 对亲人的死亡自责
- 模仿过世亲人的行为或特征
- 变的容易紧张
- 担心以后没人照顾他
- 出现跟以前很不一样的举动，例如特别乖、特别顽皮

第二节 在帮助别人之际，别忘了照顾你自己

大地震让学生面临空前重大的压力。学校复学之后，学生心理复健的责任便直接落在教师的肩上。然而大多数的教师也是这次震灾的受害者，承受着丧失亲友、财产的伤痛，同时身兼受灾者与救难者的

双重角色。即便是自己未亲身经历灾害、失落亲友，但经由媒体的报导或亲友间的传述，也真确地感受到这次大地震的震撼。因此，在复学之后，这势必成为校园内每一位成员所必须立即面对的，若教师无法先平复自己情绪，将对学生造成相当负面的影响。

在此，我们列出救灾人员在面临如此灾难后，可能出现的反应与自己能做的因应对策，期望能对教师情绪的平复有所帮助。最后，我们列出教师们帮助学生时可能面临的挫折与因应方式，希望能对教师辅导学生时有所帮助。

一、面对如此重大灾难之后，教师本人可能出现以下反应：

- 对自己经历的一切感到麻木与困惑。
- 对幸免于难产生罪恶感。
- 过分的为受害者悲伤、忧郁。
- 因心力交瘁、筋疲力尽而觉得生气，例如对周围亲友、政府官员、媒体感到愤怒，甚至出现暴躁易怒的情形。
- 觉得自己可以做的更好、做得更多而产生罪恶感，怀疑自己是否已经尽力，有无充分帮助周围的人。
- 由于身心极度疲劳，休息与睡眠的不足，此时容易产生生理上的不适感，例如晕眩、呼吸困难、胃痛、紧张、无法放松等。
- 对于接受帮助觉得尴尬、难堪。

二、教师能为自己做些什么

（一）认识和处理正常的心理反应

出现上述反应时，请注意这些都是正常的心理反应。而你能为自己做的事，是利用以下的方式，试着减轻自己的心理负担与痛苦，早日从灾害的冲击中恢复过来。

- 接受自己的感觉并将这些感觉与经验说给其它人听。
- 多留意自己的身心状况，适时让自己休息。
- 多给予自己及周围其它亲友鼓励，彼此相互打气、加油，尽量避免批评自己或其它救难人员的救援行动。
- 接受他人诚心提供的帮助与支持。

（二）认识和处理挫折心理

然而，当你在学校面对学生，试图帮助学生走过大地震所带来的阴影与伤痛的过程中，很可能遭遇以下这许多的挫折：

- 因为觉得自己还可以为学生做的更多而产生挫折感与罪恶感。
- 为学生的遭遇感到十分悲伤，甚至由学生的反应与行为，回想到自己本身的情形，进而严重影响个人情绪。
- 原来怀抱满腔热情想帮助学生，却因为学生拒绝谈论灾后创伤或拒绝关心而感到十分挫折。

当发生上述情形时，您能为自己做些什么：

- 肯定自己有这些心理反应，如罪恶感、悲伤、忧郁等，都是正常的。
- 可以与其它教师讨论，相互支持、鼓励。
- 对学生多些包容。学童面临如此重大压力、伤害时，可能出现一些反常行为，例如学生会很黏老师、愤怒攻击其它学生、或出现一些幼儿时期才会有的行为。
- 确认孩子的需要，再提供可能的协助。

自助而后助人，期望这本手册提供的方式能帮助教师平复心情，使你更有心力帮助学生安心就学，如此不仅能协助学生度过心理的困顿，也能减轻学生父母的负担，不需花费更多力气安顿孩子的身心，而投注更多的心力于家园的重建。

第三节 教学场景下的辅导原则

在灾后，面对学生所可能出现的身心症状，如何安抚其情绪及进行辅导，便成为教师一项重要的课题。事实上，在教学的过程中，教师可以扮演一位心理辅导员的角色，针对学生在重大灾害中所可能造成的任何心理上的伤害，进一步的发现及做出及时的辅导，避免学生在心中留下阴影，有碍其日后的正常发展。教师可以教导学生如何因应其突如其来的不明情绪，让学生可以经由某些方式或管道，宣泄其情绪，并且导正学生对于某些情绪发生的错误观念。以下的介绍，将分为一般性通则与针对不同年龄学生的适用的特则来说明。

一、教师在灾后从事学生的心理辅导工作的一般性通则

正如前述，学生在经历过这次灾变之后，普遍出现的身心症状包括焦虑、恐慌、畏惧夜晚、不明原因的生理问题、不爱上学、上课不易专心、情绪及行为的反应不稳定且容易失控等，因此，许多学生在这段期间会有暂时性的成绩下降的现象。这时，做为教师的你，应该能了解面临灾变的这些正常反应，在日常的教学活动中若能利用每周固定的时间（如班会、或辅导课的时间），对学生进行心理卫生教育或进行团体辅导，将可有效的舒解学生在此阶段所正感受的身心压力。目前在美国实施多年且颇具成效的“危机事件压力管理”（Critical Incident Stress Management, 简称 CISM）模式，便是提供教师一向具体可行的方法，藉由团体讨论的方式，教师可引导学生在灾后对自己的心里，情绪等方面进行重建。

（一）心理辅导的实施步骤

CISM 的实施步骤基本上可分为七个阶段，考虑到学生可以理解与实施的情形，我们把它简化成四个步骤：

1、事实阶段

在这个阶段中，教师将要求学生叙述他们的名字（可围成小团体进行，若在灾区实施有些孩子彼此之间可能还并不熟识），说明他们在这次地震中发生什么事情。这样将提供他们对地震经验的再造，并针对此事件表达出适切的事实。团体的领导者通常可以询问：他们在事件发生过程中经历了些什么？看见什么？听到什么？闻到什么？和做些什么？假如学生无法具体表达，在了解他们的感受后可换到下一个人。

2、思考阶段

教师将要求这些学生共享当他们意识到这是一个不寻常事件时，他们的第一个想法是什么？在这个阶段中，这些学生将从一般陈述中提供事实阶段的补充信息，促进相互间表达出更多的念头。教师或团体领导者逐一体会，并且邀请下一位参与者表达。

3、反应与症状阶段

反应阶段涉及分享当场、现在与事后的感受，这包括事件后所经验的任何生理的，情绪的，认知的或行为的征兆或症状。教师可以请这些学生叙述对这次事件的反应。可询问学生：“这次地震中最糟的部分是什么？”“假如有一件事情你可以将其从这次地震所产生的意外中删除，那将会是哪一件事？”，或问他们：“当时你最强烈的感觉为何？”“灾后至今，一直持续困扰你的感受或行为有哪些？”

4、教学与再保证阶段

在征兆和症状被表达出来，学生将得到再保证，意思是说，教师将以肯定与支持的口吻说明，学生所出现的这些都是正常反应，并再补充一些或许尚未表达出来的额外征兆与症状。在这阶段中也将提供正向的因应方式，特别是一些已经浮现出来的。而且也提供压力管理的一般信息。

此外，学生在这阶段中或许会希望发展出行动计划。他们或许希望发展出一个预防课程，决定他们应该做些什么使得面对这次的灾变可以表现得更好，学生的决定教师应给予充分的支持，并持续提供指导与或取得信息。

（二）团体讨论中教师的态度

在面对这样的讨论分享过程中，你的态度应该是：

1、开放式问句

- (1) 多告诉我一些关于……
- (2) 你会怎么做？
- (3) 我希望你说一些…

2、使人成长的气氛

- (1) 同理心（尝试让自己设身处地了解他们的观点）
- (2) 专注
- (3) 语言上的同理性的了解
- (4) 非语言上的同理性的了解
- (5) 沉默（听者保持沉默）

3、倾听的几个要件

- (1) 集中注意力在学生的世界（不要随意打断学生所想说的，让他自由的表达，以进入他的经验中）
- (2) 专注在学生言语和非语言的讯息（如学生的眼神、音调和肢体动作等）
- (3) 依学生当时的心理准备状况，让他他进入某种情绪状态或以身体上的接触安抚（如拍学生的肩膀）。

4、倾听时需要

- (1) 让说话的人感到自在：让他们感觉到他们能自在的说话。
- (2) 对说话的人表现出你想要听他说话：注视与行为表现是重要的，不要让自己忙于其它事情上。
- (3) 避免注意力分散：不要漫不经心的涂鸦、清敲或播弄纸张，若把门关上那会使环境更安静，更有利于倾听。
- (4) 要有耐心：给予足够的时间，不中断说话，避免看着门，表现出不耐烦的样子。
- (5) 克制你的脾气：一个生气的人容易从他人的话语中得到错误的意义。
- (6) 停止说话：假如你正在说话，你并无法倾听。
- (7) 问问题：这表示着你正在倾听，将有助于发展进一步的观点与必要的澄清。

在经过以上团体的压力处理课程后，若发现学生仍然表现出行为失控、退缩、上课精神涣散、或不明原因的生理病痛等，您可以进一步与当地的精神医疗或心理辅导之专业人员询问。

二、教师在灾后从事学生的心理辅导工作的特则

（一）对不同发展阶段儿童及青少年的辅导方式

上述的说明是一个通则式的介绍，以下则针对不同儿童及青少年发展阶段的身心需求，提供给教师从事学生灾后心理辅导的参考。

1、对学前阶段的儿童

此年龄层的儿童对他们身边赖以维生的安全世界的遭受破坏，会显得特别敏感，反应也极脆弱，他们通常无法有效的以口语能力来表达自身的需求，而期待身边亲近的大人能给予积极与适当安慰。我们建议以下的一些活动，不断经验“再保证”的过程中，重建学生的安全感与自我效能感。

- 提供他们足够的玩具、道具，鼓励他们将以玩耍的方式重建在灾难中的经验与观察，灾区的教师则可以就地取材，不需拘泥于真实的玩具，随处可见的石头、沙子、玩偶皆可以替代。
- 多给予孩子身体的拥抱与接触，或提供需相互碰触的团体游戏，如伦敦铁桥、大笼球等。
- 提供孩子绘画经验，最好有一张大的墙报纸，让孩子集体在纸面上尽情表达他的感受，之后再团体分享，需要提醒的是，画笔最好不是水彩，此时要的是鼓励孩子画出具体的东西。
- 孩子此时的胃口可能并不是那么好，建议以多餐的方式提供他们在生理与情绪上的补充。
- 用一些不具威胁性或低威胁性的活动来鼓励他们来玩保护自己的游戏，如“假如怕狗狗的小英碰到一只狗狗，她要怎么办？”“假如家里突然停电了，要怎么办？”
- 告知家长，在孩子睡前要多安排一些睡前活动，以建立更高的安全感。

2、对小学阶段的学生

此阶段的儿童虽已能表达他们的经验与感受，但他们往往缺乏具体且完整陈述的能力，此外，若他们失去心爱的宠物或物品，他们难过的心情也需要相当重视与安抚。以下是一些活动上的建议：

- 对低年级的学生来说，安排足够的玩具、道具，特别是一些布偶，鼓励他们将以玩耍的方式重建在灾难中的经验与观察仍然相当重要，灾区的教师则可以就地取材，不需拘泥于真实的玩具，随处可见的石头、沙子、玩偶皆可以替代。
- 给孩子一面墙（贴好墙报纸），让他们在上面作画，可以给他们一些小主题，如地震时，我家发生了什么事？之后可以团体讨论的方式来陈述每个人的经验，注意仍可拉回到在「通则」中所曾提示过的概念，对学生进行教育与再保证。
- 让学生编故事，也可以用绘画或用接龙的方式提高大家的兴趣，以便于整理与回馈。
- 以脑力激荡的方式，让大家来面对这次灾难发生后的身心症状进行调适，学生可以想出许多方法来解决教师在整理后给予回馈。
- 亦可以脑力激荡的方式，对学生进行教室内及家中的防灾预防计划演练。

3、对初、高中阶段的学生

此阶段的学生大都能充分表达他们的经验与反应，唯处于同伴认同的阶段，他们往往最关心的是别人的看法，同时也认为自己已是个小大人，因此，我们建议可以安排下列的活动：

- 同学间的团体讨论，让学生有机会抒发与合理化他们感受到的强烈情绪，教师可能需要在过程中不断向他们保证，他们所感受到的强烈情绪甚至是“疯狂想法”在此灾难中都是正常的。
- 让班上分为几个小团体，让他们谈谈救灾防治的工作，甚至是家园重建的工作，这可协助青少年建立安全或对灾难的支配感，这也可让他们建立社会参与的成就感。
- 设定专题讨论，如“社区重建”、“家庭重建”、“防疫”等主题，让学生能先有系统的搜集数据后，加以报告与讨论。
- 对地震的正确认识，对大自然的现象作有科学根据的了解与认识，避免听信坊间的不实传说，以建立科学家实事求是的态度。

认识“创伤后的心理重建”的意义与价值，这需要透过学校较专业的教师，进行专题演讲，或由专业的心理学文章的阅读，进行讨论。

艺术活动的表达，可以鼓励学生从事绘画、音乐、话剧等活动，将这次的灾难经验转化为具创造力的方向。

第四节 心理创伤行为检测表

面临此次重大的地震灾害，不仅是儿童，连成人都遭受了相当大的震撼，在这样的灾难事件中，我们可能会面临亲人的死亡、伤害及财物的损失，心理上必定会产生相当大的震荡与影响，如无助、强烈的害怕、罪恶等情绪。可能会一再地经历地震灾变时的场景、逃避与灾难事件有关的刺激，此种经历即形成个人的创伤经验，造成某些灾民出现创伤后应激障碍（PTSD）症候群。

我们可以想象，儿童所承受的压力与伤害必定远比大人来的深刻与无助，而下列这些问题则是用来协助教师们去观察儿童进而了解儿童的心理状况。

在这里我们必须了解一件事，当这些症状或是困扰持续一个月以上时，可能需要专业的心理治疗师或心理卫生医师介入。

因为，当这些症状或是困扰持续一个月以上时，可能儿童会出现创伤后应激障碍（PTSD）。当 PTSD 还处于症候群的时候，及时治疗的效果是好的。此时，教师的主要责任就在于早期发现，及时转介。通过心理创伤行为检测表进行识别和筛选，是简易而又行之有效的方法。

除了本节介绍的“创伤经历症状量表”和“创伤问题评估表”外，常用的标准化量表还有“事件影响量表——儿童少年版（IES-8）”、“事件影响量表—修订版（IES-R）”、“创伤后应激障碍自评量表（PCL）”等。

一、创伤经历症状量表

（一）身心症状评估

有十五个陈述是关于个人面临重大生活事件、意外事故或灾难事件的可能反应。老师们可以就下列这些方向去了解儿童的状况，然后针对过去七天的观察，老师可以藉由观察的结果进行评估。如果「有」这些现象，请圈选「1」，如果「没有」这些现象，请圈选「0」。

最近七天以来的问题	没有	有
1、睡眠困难	0	1
2、对该事件有梦魇	0	1
3、心情沮丧	0	1
4、对突然的噪音或声音感到吃惊	0	1
5、有人际疏离的倾向	0	1
6、容易动怒的情绪	0	1
7、不稳定的心情（心情经常起伏不定）	0	1
8、良心不安、自我责备或罪恶感	0	1
9、对可能会引发回忆该事件的情境感到害怕	0	1
10、身体的紧张性	0	1
11、记忆力受损	0	1
12、注意力集中困难	0	1
13、感觉可以接受现况，规划未来	0	1
14、变得容易怨天尤人	0	1
15、对周遭环境开始有了控制感	0	1

(二) 资源损失情况

1、失去亲人	无损失	有一些损失	很多损失
2、失去财产	无损失	有一些损失	很多损失
3、失去社会资源	无损失	有一些损失	很多损失

(三) 基本生活条件

个人情况

家庭情况

	很差	还可以	正常	很差	还可以	正常
1.饮食						
2.卫生						
3.衣着						
4.住宿						
5.通讯						

二、创伤问题评估表

在重大灾害之后，因为经历相当大的震撼，所以在任何人的身上，不管是什么背景，几乎都会有一些创伤的经验，老师们可以试着由自己本身做起，了解自己的经验，接着再对儿童进行个别晤谈检测，进一步了解儿童内心的经验世界，再形成帮助他的策略。

1.在此创伤事件中,你所遭遇到最糟的事为何?	询问关于此创伤经验的严重度
2.历经此创伤事件,你的感觉如何?	询问特别之解离症状(dissociative symptoms)
	麻木感
	疏离感
	无情绪反应
	感觉茫然
	感觉不真实
	感觉上像是发生在别人身上的事(事不关己)
	无法忆起事件的部分
3.你是否觉得自己持续再度体验此创伤事件?	重复经验此创伤:
	反复出现影像
	重复出现的想法
	作恶梦
	瞬间经验再现(flashbacks)

4.企图逃避会回忆起此创伤事件之刺激?	逃避某些刺激
	逃避某些想法
	逃避某些感觉
	逃避某些谈话
	逃避某些活动
	逃避某些地点
5.你是否有……?	焦虑症状或是增加警觉(arousal):
	睡眠困难 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	易怒 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	难保持专注 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	过度警觉 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	容易受到惊吓 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	难静下来 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6.你是否有困难去从事你需要去做的事,或是照顾自己及家人?	功能受到妨害

——2008年5月14日整理
2010年4月15日修订

灾难心理卫生与心理急诊处理（专题讲座大纲）

邓明显（教授、研究员）

医学博士（MD）、健康科学哲学博士（PhD）
国际华人医学家心理学家联合会理事长
IACMSP 灾后心理援助协调中心主任

第一节 灾难心理卫生的基本概念

一、每一个见证到灾难的人均会被灾难影响

1、见证灾害的三种形式。

在任何灾难中，失落及创伤会直接影响许多人。此外，许多在其它非直接受灾区域的人，情绪上也会受到影响。见证灾害包括直接经历、目击或面对（直接、间接）三种形式。

直接经历：是指那些实际经历过灾难的幸存者。

目击：是指包括看到他人的死亡或者受伤的人，如救援人员、灾害的现场记者。

直接面对：是指获取有关死亡或者有可能死亡的消息的人，例如家庭重要成员死亡。

间接面对：那些灾难侵袭的社区居民，单单看到那种广大的破坏性及可怕的景象就会引起许多深刻的感觉。会描述哀恸、悲伤、焦虑、愤怒等破坏性的感受。即使他们并非受难者...这种强烈的反应会困惑着他们，毕竟他们似乎并没有什么损失。这些人在别人以各种方式告诉他这些是正常的反应以后，会感到轻松及安心。

每一个见证到灾难的人，从某种程度而言，都是受难者。即使一个人是透过二手消息或经由一些大众传播媒体得到讯息，也会受到影响。

2、应该重点关注的高危人群

灾后心理卫生和心理健康工作，要面向可能处于慢性心理创伤状态的 1518 万人。其中，可能患 PTSD 的 228 万人，特别是是有自杀危险性的 28 万人，是心理干预的重点。那么，哪些人群是可能患 PTSD 的高危人群呢？

第一种，在地震中失去亲人、或者亲属死伤惨重的人群。尤其是那些痛失孩子的中青年父母。巨大的伤痛让他们难以恢复，极易厌世。

第二种，在地震中致残的人群。他们从健全人到残疾人，必定会存在着一系列的生活问题和心理问题。他们的心理失落感很重。

第三种，本身就存在心理疾患的人群。他们的心理健康状态本来就on不好，创伤性事件可以加重他们的病情。

第四种，因地震导致家园受到严重破坏、财产损失严重的灾区群众。

第五种，灾区救援者。指进入灾区参与救援工作的各类工作人员，包括军警人员、消防官兵、医疗卫生人员、政府行政人员、媒体人士、通讯保障人员、心理救援人员等。

如果一些人具有以上双重的身份，就更可能是高危人群。

3、灾难创伤的两种类型

个人创伤：一种突然撕裂人类防卫的精神上的打击，在这个残忍的力量之下，人们无法有效地面对它。个人的创伤会表现在幸存者所感受到的应激反应及哀伤反应。

集体创伤：一种破坏人们彼此的维系而造成社会生活基本构成的打击，进而破坏社区的共同体感觉。

集体创伤提供幸存者彼此间以及与灾难地的社会联结。这种联结可以对压力提供重要的心理支持。联结的社会支持系统可以是自发的，也可以是有组织的。

集体创伤通常较不容易被处理个人问题的灾难心理卫生人员所注意。我们会发现，如果周遭的环境仍支离破碎而没有良好的支持系统，将很难从个人的创伤中复原。因此，心理卫生的处理，包括主动接触、支持团体、社区组织等寻求建立个人与团体联系的方式，变得十分重要。

4、灾后心理卫生工作的三个阶段

第一个阶段是应激阶段，涵盖了灾难发生和之后的 72 小时。这段时间里，生存是第一要务，受灾群众会进行自救、营救他人，并从灾难中尽可能抢救财产。在这一阶段，人们联合起来对抗灾难，乐观地认为会很快回到灾害之前的情况，心理问题并不明显。这个阶段，也成为英雄期。

第二个阶段是灾后阶段，一般是从灾后几天到几周之内。在这一阶段，各种各样的心理问题表现出来。如果没有伴随相应的心理援助，灾民就会因为发现灾难的损失和重建的困难，而感到强烈的失落。只有“心理救灾”与“物质救灾”同步进行，才能达到最佳的救灾效果。

第三阶段是恢复和重建阶段，这个阶段可能需要几个月甚至几年的时间。特大地震灾害给人们心理造成的伤害往往是长期的，需要进行长期的心理援助和心理重建工作。

二、灾后常见的心理卫生问题

1、大部分的人会在地震后聚集在一起救灾，但效果常打折扣。

有许多应激源会影响幸存者。在早期的英雄期，人们经常会有许多全力以赴、乐观及利他主义的表现。然而，经常有很多的行动是低效率的。当失落的影响及意义变得越来越真实，忧伤的反应即越来越强烈。当疲惫来临、挫折及幻灭累积，更多的压力症状（应激症状）可能开始出现。认知功能的降低（短期记忆力丧失、混乱、无法决定优先级及下决定等）可能因为心理压力及疲惫而出现，这将使幸存者降低作重要决定的能力以及对复原采取必要措施的能力降低。

2、灾难后的应激反应及哀伤反应是对不正常状况的正常反应。

大部分的灾难幸存者原本都是正常人。然而，在面临灾难的压力之后，大部分的人都会有情绪或心理耗竭的表现。这些反应包括创伤后压力反应及哀伤反应，这是一种对异常或非正常环境下可能出现的正常反应，幸存者、社区的居民及救援者，都可能会经历这些反应。这样的反应经常是短暂的，而非一种严重的心理困扰或心理疾病。

3、许多幸存者的情绪反应来自灾难所造成的生活问题。

由于灾难破坏了日常生活许多层面，许多幸存者的问题是非常实际的。人们可能需要协助寻找失踪的亲人、寻觅暂时的住所、衣服及食物；找到交通工具；申请经济补助、失业保险、确认灾民身份、减税；医疗服务、补充眼镜及药物；房屋拆除、挖掘以及清理等事情。

4、灾难救助过程被称作第二度灾难。

灾区民众获得临时的住所、取回财产、得到重建的许可、申请政府的补助、寻求保险理赔、以及从公家或私人单位取得协助的过程，经常会被一些规定、繁琐的手续、争论、拖延、失望所烦恼。人们必须和官僚体系打交道以得到在别的地方得不到的协助。然而，在灾难后灾民仍情绪余波荡漾之际，这些提供帮助的官僚作风，通常不会顾及灾民个别的需求。灾难以及其特殊的环境经常充斥着混乱的官僚系

统，即使有专门成立的灾难处理机构也一样。家庭常被迫去应付这些机构。

很多人无法适时地从这些机构得到符合资格而该领取的津贴。对那些灾难前很有竞争力以及很有效率的人而言，他们突然要经历一种自尊以及自信的严重侵蚀，会有无助感和愤怒是很平常的。所以，灾难救助过程常常被称作第二度灾难。

5、大部分的人不知道灾后他们需要心理卫生的服务，也不会去寻求此方面的协助。

许多人把接受“心理卫生”服务和“疯子”划上等号。所以提供心理卫生协助对幸存者而言，似乎是在灾难上增添侮辱——我先是失去了所有的东西，现在你又说我心理不正常。此外，大部分的灾难幸存者常苦于要花很多时间去处理一些恢复正常生活所需的具体事物。心理咨询或支持团体在这种现实压力之下显得深奥难懂。

所以。心理卫生工作人员在协助他们处理具体事件时，要提供有效的心理卫生协助。比如，一个工作人员可以运用有技巧的会谈技术去帮助幸存者，从一堆残局中整理出他们的需求及事情的优先级，首先帮助他们解决最急迫的问题。

三、灾难心理卫生的基本工作

1、灾难心理卫生协助首先在实际生活层面而非心理层面。

大部分的幸存者都是被极大压力所暂时干扰的人，在正常环境下自我的功能是能运作的，许多心理卫生工作刚开始都是在具体的事项给予一些协助。心理卫生人员可以在问题解决以及作决定方面予以协助。他们可以帮助幸存者注意特别重要的事、安排事情的优先级、寻求各种可能的方法、寻求支持、拟定行动计划。心理卫生人员可以提供各种可利用的资源的讯息，包括当地的机构，以及为了救灾而成立的资源；他们也可以直接处理一些问题，包括提供信息、填表格、清理，安排医疗及儿童照护、寻找运输工具等，亦可帮忙转介至特殊的资源，比如贷款的协助、居住、工作及许可证。

2、灾难心理卫生协助常需去配合他们所服务的社区的特性。

在制定心理卫生康复计划时，应该考虑到社区因灾难所影响的人口分布及特色。城市、郊区及乡村各有不同的需求、资源、传统以及施与受的价值观，因此计划必须考虑到社区的族群及文化特质，而提供的服务必须符合当地的文化及表达方式。灾难心理卫生康复的服务若能与当地原有的、被信任机构结合，将能得到最好的接纳及运用。

3、为了顺利地介入灾难事件的处理，心理卫生工作应采取积极主动接触的方式。

心理卫生工作人员为了顺利地介入灾难事件的处理，需搁置传统的方法，采取积极主动接触的方式，以避免心理卫生的标签作用。心理卫生工作人员可视自己为全人服务工作者、社会工作者。在谈话中使用一些不会影射病态的用语，使灾区民众不那么感到一种心理威胁。工作人员如果把自己的服务说成是“协助”、“支持”或“谈话”，将比说自己是“心理医生”、“心理咨询师”好得多。

心理卫生工作人员需要采取积极的主动接触的方式，他们必须直接去幸存者日常生活的地方。这些地方包括受影响的邻近区域、学校、收容所、救灾指挥中心、供餐地点、医院、社区活动中心等等。

4、各种介入必需适合灾难的各阶段。

对灾难心理卫生工作人员而言，了解灾后的各种阶段，以及人们在各阶段的心理与情绪反应是非常重要的。比方说，当幸存者用惊恐、麻木或否认的方式保护自己免于遭受太过强烈情绪时，去深究他的感觉将会导致反效果。一旦幸存者开始运用内、外在的适应资源时，他们较能去处理此环境下自己的感受。在英雄期时，那些没有亲人去世的人可能充满了幸福、利他、乐观而非悲伤的感觉。在清理阶段，人们会探究及讨论有关灾难的事实，试图将事实拼凑起来以了解到底发生了什么事。此时，他们会花多一点的时间来讨论自己的想法与感觉。在幻想破灭的阶段，人们较会表达挫折及愤怒的感受，这时便不

适合问他们是否发生什么好的经验。

5、支持系统对于心理康复非常重要。

对个人而言，最重要的支持系统是家庭。工作者应尽量让家人在一起（比如收容所或暂时居住的地方）。家庭成员必须尽可能参与每个人的复原工作。

对于那些支持系统有限的人，灾难支持团体可能会有帮助，支持团体可以防止孤立。对于有相似经历的人而言，可以透过团体感受到彼此的信任。

此外，心理卫生工作人员可以参与社区组织的活动。社区组织让成员团结在一起去处理切身的实际事务。这个过程不只帮助幸存者能在灾难复原过程处理实际事务，也使他们重获控制感、能力感、自信心以及觉得自己是有用，可能，最重要的是在于重建被灾难所破坏的社会联结以及支持系统。

6、常见心理卫生问题的筛查工作

在遭受地震灾害以后，可能出现各种心理创伤问题，最常见的有：急性应激障碍（ASD）、短暂精神病障碍（BPDMS）创伤后应激障碍（PTSD）、适应障碍、焦虑障碍、抑郁障碍、自杀、酒精及药物滥用、躯体形式障碍、创伤后人格改变等。

在条件允许时，要对所有与地震有关的人进行筛查。在专业人员缺乏的情况下，要优先对地震幸存者进行筛查，尤其是儿童、老年人、有婴幼儿的妇女、有躯体伤残以及既往有精神障碍的个体。

经过培训的基层医生、心理咨询师、社会工作师、志愿者等，可以用量表对灾区人群进行筛查，筛查阳性者由心理卫生专科医生进行专业诊断。

以创伤事件（心理应激源）筛查病人。按照优先筛查的级别，创伤事件依次为：身体严重伤残，丧失亲人，目击灾难现场，社会支持不足，有重大经济损失，具有焦虑、抑郁、幻觉、妄想、兴奋冲动、自杀企图、意识障碍等心理症状。

以临床观察（应激反应）指标进行筛查。主要的应激反应有：明显的躯体反应，明显的认知问题，情绪反应，行为反应，人际关系及个性改变等。

第二节 常见的心理症状及应激反应

一、常见的心理症状

常见的心理症状有：焦虑、抑郁、幻觉、妄想、意识障碍等。

1、焦虑

焦虑是指一种缺乏明显客观原因的内心不安或无根据的恐惧反应。是预感到不利情景的出现而产生的一种担忧、紧张、不安、恐惧、不愉快等的综合情绪体验。焦虑伴有明显的生理变化，尤其是植物神经活动的变化。表现为心悸、血压升高、呼吸加深加快、肌张力降低、口干、胸闷、出冷汗、双手震颤、失眠、厌食、尿频、便秘、腹泻等。焦虑时往往会有不合理的思维存在，正是其不合理的思维维持着精神的紧张和身体的不正常反应。也可以说，不合理思维是焦虑的本质。

焦虑是人们对情境中的一些特殊刺激而产生的正常心理反应，只是每个人经历的时间长短不一或程度不同。只有当焦虑原因不存在或不明显，焦虑症状很突出而其他症状不突出，焦虑的持续时间及程度均超过一定的范围，以致影响正常的生活、学习、工作时，才可以认为患了焦虑症，又称为焦虑性神经症。

焦虑自评量表（SAS），可以客观反映焦虑症状的程度。通过自我心理调节、心理治疗及适当的抗焦虑药治疗，焦虑大多能康复。

2、抑郁

抑郁是以情感低落、哭泣、悲伤、失望、活动能力减退，以及思维、认知功能迟缓等为主要特征的一类情绪体验。

抑郁常见的表现是以情绪低落为主要特征，表现闷闷不乐或悲痛欲绝。另外还需伴有下述症状：(1)、对日常生活丧失兴趣，无愉快感；(2)、精力明显减退，无原因的持续疲乏感；(3)、自信心下降或自卑，或有内疚感；(4)、失眠、早醒或睡眠过多；(5)、食欲不振，体重明显减轻；(6)、有自杀或自杀的观念或行为；(7)、性欲明显减退；(8)、注意力集中困难或下降；(9)、联想困难，自觉思考能力显著下降。抑郁心境一天中有较大波动，常以早上最重，然后逐渐减轻，到晚上最轻。

抑郁自评量表(SAS)，可以客观反映抑郁症状的程度。通过自我心理调节、心理治疗及适当的抗抑郁药治疗，抑郁大多能康复。

3、幻觉

幻觉是指在没有客观刺激作用于相应感官的条件下，而感觉到的一种真实的、生动的知觉。相对的，错觉则是具有真正的外在刺激，但反应错误的认知。幻觉是知觉障碍的一种，主要分为幻听、幻视、幻触等，最常见的是幻听、幻视等。幻觉多出现在精神病状态下，正常人有时在紧张、疲劳、高烧时等，也可出现。

出现幻觉，就应及时找医生进行心理咨询或治疗，当幻觉出现时，主动转移注意力，丰富日常生活，这种幻觉是会消失的。

4、妄想

妄想是一种不理性、与现实不符且不可能实现但坚信的错误信念。它包括错误的判断与逻辑推理。即使把事实或已经被完全论证的理论摆在妄想者的面前，也很难动摇他的信念，妄想大都出现在精神病状态下，如精神分裂症。

在精神病领域，妄想是一种难以纠正的病态信念，与现实不符、与个人处境和文化中公认的信念也不一致。原发性妄想按本人的生活经历和人格是无法理解的；继发性妄想病态心理学上可以理解，它源于其他精神症状或障碍，如情感障碍或牵连观念。

通过药物治疗和心理治疗，有些病人可即时好转。但有些则较难治疗，甚至可持续终生。若给以适当治疗，大部份病人仍可维持相对正常的社会生活。但也有病人不能自我照顾。

5、意识障碍

意识障碍是多种原因引起的一种严重的脑功能紊乱，为临床常见症状之一，意识是指人们对自身和周围环境的感知状态，可通过言语及行动来表达。意识障碍系指人们对自身和环境的感知发生障碍，或人们赖以感知环境的精神活动发生障碍的一种状态。

意识障碍的类型：嗜睡、昏睡、昏迷、去大脑皮质状态、谵妄。

二、常见的应激反应

常见的应激反应有：明显的躯体反应，明显的认知问题，情绪反应，行为反应，人际关系及个性改变等。

1、明显的躯体反应

明显的躯体反应也成为躯体化、躯体化障碍，是指一种体验和表述躯体不适与躯体症状的倾向。这类躯体不适和症状不能用病理发现来解释，但患者却将它们归咎于躯体疾病，并据此而寻求医学帮助。一般认为，这种倾向的出现是针对心理社会应激的反应，这些应激反应是由对个人具有个别意义的应激事件或境遇所造成的。

2、明显的认知问题

个体在知觉、表象、想象、记忆、思维等认知活动中反应出的明显的错误认知。

严重的认知问题成为认知障碍。人脑所涉及的认知功能范畴极其广泛，包括学习、记忆，语言、运动，思维、创造，精神、情感，等等，因此，认知障碍的表现形式也多种多样，这些表现可单独存在，但多相伴出现。

3、情绪反应

情绪反应表现为愤怒、激动、憎恨、恐惧、悲伤、失望、惊慌、焦虑、抑郁等。严重者称为情绪障碍。情绪障碍的延续能击溃一个人的生物化学保护机制使人抵抗力降低而易罹患疾病。

客观事件我们是无法左右的，有些事件是不以人的意志为转移的，但是主观信念是我们可以通过努力加以控制的。虽然我们无法避免所有不合理的信念，但我们应充分认识它的存在，尽量减少情绪反应对我们生活的负面影响。

4、行为反应

行为反应主要是指因害怕、焦虑和恐惧而产生的一系列行为，焦虑样行为是特指在环境改变时表现出的不良反应。

当意外事故创伤而致机体发生急剧变化突然时，并将产生一种紧迫感和危机感，心理行为也随之发生不同程度的变化。过度的心理行为障碍会引起躯体的病态，导致免疫功能下降而致各种疾病。因此，协调和疏导患者的心理行为，使患者处于最佳的心境环境中，发挥医疗的作用使疾病早日康复是十分必要的。

5、人际关系及个性改变

人际关系系指社会人群中因交往而构成的相互联系的社会关系，中文常指人与人交往关系的总称，也被称为“人际交往”，包括亲属关系、朋友关系、学友（同学）关系、师生关系、雇佣关系、战友关系、同事及领导与被领导关系等。

个性就是一个人的整体精神面貌。个性，在心理学中的解释是：一个区别于他人的，在不同环境中显现出来的，相对稳定的，影响人的外显和内隐性行为模式的心理特征的总和。

在大灾后，部分人会出现人际关系及个性的改变。

第三节 心理危机干预与心理急诊

一、急性应激障碍

急性应激障碍是由剧烈的、异乎寻常的精神刺激、生活事件或持续困境的作用下引发的精神障碍。多数病人发病在时间上与精神刺激有关，症状与精神刺激的内容有关，其病程与预后也与及早消除精神因素有关。本症不包括癔症、神经症、心理因素所致生理障碍和精神病性障碍。可发生在各年龄期，多见于青壮年，男女发病率无明显差异。

1、病因和发病机制

决定严重应激障碍的发生发展、病程和临床表现的因素有：生活事件和生活处境，如剧烈的超强精神创伤或生活事件，或持续困难处境，均可成为直接病因；社会文化背景；人格特点、教育程度、智力水平，以及生活态度和信念等。强烈或持久的精神刺激因素是导致本病发生的直接原因。这些因素既可以是火灾、地震、交通事故、亲人死亡等，也可以是持久而沉重的情感创伤，如家庭不睦、邻里纠纷、工作严重挫折、长期处于外界隔离等。当精神刺激因素达到一定的强度，超过个人的耐受阈值，即可造

成强烈的情感冲击,使个人失去自控能力,产生一系列精神症状。精神因素是否致病,除精神刺激本身的特征和程度外,还与个人当时的健康状态及造成内心冲突的严重程度有关。前者如慢性躯体疾病、月经期、产褥期、过度疲劳等,后者又与病人的心理社会背景,如所受教育、爱好、愿望、价值观念等有关。有家族精神病遗传史及个人易感素质者,在遭受强烈刺激时,较易发生本病。

2、临床表现

(1) 以急剧、严重的精神打击作为直接原因。在受刺激后立刻(1小时之内)发病。表现有强烈恐惧体验的精神运动性兴奋,行为有一定的盲目性,或者为精神运动性抑制,甚至木僵。本障碍常可伴惊恐性焦虑的自主神经系统症状,如心动过速、出汗、脸面朝红、呼吸急促等。上述症状多为混合出现,但也可单独出现。典型的急性应激障碍可出现表情呆滞,处于茫然状态,继而不动不语,呆若木鸡,对外界刺激无相应反应,呈木僵状态,称为心因性木僵。历时数分钟或数小时恢复正常,或进入意识朦胧状态,可出现定向障碍,对周围事物不能清晰感知,自言自语,内容零乱,表情紧张、恐怖,动作杂乱、无目的,或躁动不安、冲动毁物。事后不能全部回忆,称为心因性意识模糊状态。

(2) 有的病人因强烈和持续一定时间的心理创伤直接引起精神病性障碍。以妄想和情感症状为主,症状内容与应激源密切相关,较易被人理解。本障碍急性或亚急性起病,经适当治疗,预后良好,恢复后精神正常,一般无人格缺陷。

(3) 有的病人,在强烈的精神刺激作用下,出现情绪低落、抑郁、愤怒、悔恨、沮丧、绝望、自责自罪,严重时有自杀行为;并有失眠、噩梦多、疲乏,难以集中注意力,对生活缺乏兴趣,对未来失去信心,但无精神运动抑制现象。症状缺乏晨重夜轻的变化,情感和行為多能为旁人所理解,与外界接触尚好,称为急性心因性抑郁状态。少数病人在强烈的精神刺激作用下,出现情绪兴奋、欣快、言语增多,并有夸大特点,内容与精神因素有关,易被人理解,有时亦可出现伤人、毁物行为,多数伴失眠,称为心因性躁狂状态。

急性应激障碍,一般在异乎寻常的应激源的刺激下几分钟内出现,如果应激性环境消除可在2~3天内(常可在几小时内)症状迅速缓解。如果应激源持续存在或具不可逆转性,症状一般可在2~3天后开始减轻。通常在一周内可缓解,一般不超过一个月,预后良好。

如果处理不当,可有20%-30%的人由急性应激障碍转为创伤后应激障碍(Posttraumatic stress disorder, PTSD),长期存在痛苦,难以矫治。

3、诊断(DSM-IV-TR)

1、患者曾暴露于创伤性事件,存在以下二者:

(1) 患者亲自体验、目睹、或遭遇某一或数件涉及到真正的(或几乎会招致)死亡或严重损伤,或者涉及到自己或他人躯体的完整性会遭到威胁的事件。

(2) 患者的强烈的害怕、失助、或恐惧反应。

2、在体验这种令人痛苦事件之时或之后,患者会表现出下列3项以上分离性症状:

(1) 麻木、脱离、或没有情感反应的主观感觉;

(2) 对他(或她)周围的认识能力有所减低(例如,“发呆”);

(3) 现实解体;(自发地诉说外部世界的性质发生了改变,因而显得不真实,如感到现实世界疏远、缺乏生气、似乎是假的或者像舞台,人们在上面表演着规定的角色。而不是自己的精神活动或身体的性质改变。病人一般知道这种改变是不真实的,否则为现实解体妄想。)

(4) 人格解体;(一种知觉障碍,特征为自我关注增强,但感到自我的全部或部分似乎是不真实、遥远或虚假的;这种改变发生时,感觉正常而且情感表达能力完整。觉得身体某部变大、变小、分离、嵌合、空虚。自知力一般能保留,否则为人格解体妄想。)

(5) 分离性遗忘(即,不能回忆该创伤的重要方面)。

3、以下列I种以上的方式,持续地重新体验到这种创伤事件:反复的印象、思想、梦、错觉、闪回发作、或这种体验的生动再现感;或者是回忆到上述创伤事件时的痛苦烦恼。

4、对于能引起创伤回忆的刺激，作明显的回避（例如、思想、感受、谈话、活动、地点、人物）。
5、明显的焦虑或警觉增高症状（例如，难以入睡、激惹、注意不集中、警觉过高、过分的惊吓反应、坐之不安）。

6、此障碍产生了临床上明显的痛苦烦恼，或在社交、职业、或其他重要方面的功能缺损，或者影响了患者继续其必需的事业，例如花了不少时间去告诉家人这些创伤体验以期获得帮助。

7、此障碍至少持续 2 天，最多不超过 4 周；并发生于创伤事件之后 4 周之内。

8、此障碍并非由于某种物质（例如，某种滥用药物、治疗药品）或由于一般躯体情况所致之直接生理性效应，也不可能归于短暂性精神病性障碍。而且也不只是已有的轴 I 或轴 II 障碍的恶化加重。

4、治疗：‘危机干预——创伤后心理减压法（Psychological Debriefing, PD）

危机干预的目的，是预防疾病、缓解症状、减少共病、阻止迁延。危机干预具有短程、及时和有效的特点，因此，干预重点是预防疾病和缓解症状。

方法：净化倾诉、危机处理（心理支持）、松弛训练、心理教育、严重事件集体减压等。

运用：折衷模式

二、创伤后应激障碍

1、定义

创伤后应激障碍(posttraumatic stress disorder, PTSD)指对创伤等严重应激因素的一种异常精神反应。又称延迟性心因性反应，是指由异乎寻常的威胁性或灾难心理创伤，导致延迟出现和长期持续的精神障碍。既往有关 PTSD 的研究大都集中在对交通事故、失业、离婚、被抢劫、被强奸、地震、战争和移民等有研究。

2、流行情况

一般而言，约有 30% 的患者可以完全康复，40% 患者持续有轻微症状，20% 患者有较严重的症状，10% 症状持续不会改善甚至更恶化。

以前 PTSD 主要发生于男性身上，主要是经历战争的士兵，所以称此为“炮壳震惊”(shell shock)，后来又称其为“战争疲劳”(battle fatigue)。现在的研究表明，每个人包括儿童在内都有发生 PTSD 的可能性，而且女性是男性发生两倍。也许这正是女性遭受性的或身体上的攻击的表现。

3、临床表现——三大核心症状

(1) 重新体验：即个体会产生闯入性的创伤情境再现，而且再现的内容非常清晰、具体。尤其，生活中与创伤可能产生联系的任何事物，都可能引起个体对创伤情境的再体验。并且这种体验会给个体带来极大的痛苦，并有可能进一步恶化，产生一些 PTSD 相关的共病（如，焦虑、恐惧、自责、失望、抱怨等）；

(2) 回避反应：出于对再体验的痛苦，个体会主动回避一些可能引发创伤体验的事、物。而且这种回避反应可能无意识化，即表现为“遗忘”。这种回避反应一方面对个体是一种保护机制；但另一方面它会延缓个体 PTSD 相关障碍的复原；

(3) 高警觉：就是对许多小的细节事件都引起比较强烈的反应。进一步还表现为失眠、注意力不集中等。

4、诊断（DSM-IV-TR）

A. 患者曾暴露于某一创伤性事件，存在以下二者：

(1) 患者亲自体验、目睹、或遭遇某一或数件涉及到真正的或几乎招致的死亡或严重的损伤，或者涉及到自己或他人躯体完整性遭到威胁的事件；

(2) 患者有强烈的害怕、失助、或恐惧反应。注：如是儿童，则代之表现为紊乱或激越的行为。

B. 以下列 1 种（或多种）的方式持续地重新体验到这种创伤事件：

- (1) 反复闯入性地痛苦地回忆起这些事件，包括印象、思想、或知觉。注：如是幼儿，反复地进行表达创伤主题或一些有关的游戏。
- (2) 反复而痛苦地梦及此事件。注：如是儿童，可能是令人可怕的梦而讲不清内容。
- (3) 似乎创伤事件正在重现的动作或感受（包括这种体验、错觉、幻觉、及分离性闪回发作为再现之时的感觉，包括发生了意识清醒时或酒醉时）。注：如是幼儿，可出现特殊创伤的再现。
- (4) 暴露于作为此创伤事件的象征或很相象的内心或外界迹象之时，出现强烈的心理痛苦烦恼。
- (5) 暴露于作为此创伤事件的象征或很相象的内心或外界迹象之时，出现生理反应。

C. 对此创伤伴有的刺激作持久的回避，对一般事物的反应显得麻木（在创伤前不存在这种情况），如下列之 3 项以上：

- (1) 努力避免有关此创伤的思想、感受、或谈话。
- (2) 努力避免会促使回忆起此创伤的活动、地点、或人物。
- (3) 不能回忆此创伤的重要方面。
- (4) 明显地很少参加有意义活动或没有兴趣参加。
- (5) 有脱离他人或觉得他人很陌生的感受。
- (6) 情感范围有所限制（例如，不能表示爱恋）。
- (7) 对未来没有远大设想（例如，不期望有一个好的职业、婚姻、儿女、或正常生活享受）。

D. 警觉性增高的症状（在创伤前不存在），表现为下列 2 项或以上：

- (1) 难以入睡，或睡得不深；
- (2) 激惹或易发怒；
- (3) 难以集中注意；
- (4) 警觉过高；
- (5) 过分的惊吓反应。

E. 病期（B、C 及 D 的症状）超过 1 月。**F. 此障碍产生了临床上明显的痛苦烦恼，或在社交、职业、或其他重要方面的功能缺损。****注明：**

急性：如病期在 3 月之内。

慢性：如病期在 3 月以上。

延迟起病：如症状在应激后至少 6 月才发生。

5、心理干预

- 1、没有共病体验情况下宜于进行认知情绪治疗；
- 2、非慢性 PTSD 可以进行 EMDR（眼动脱敏再加工）；
- 3、对于团体性的创伤可以进行团体疏泄治疗；
- 4、个体应该学会一些自我焦虑管理方法；
- 5、对于儿童可以进行催眠或游戏治疗；
- 6、如果伴发症(共病)比较明显的话，可以辅以药物。主要是选择性五羟色氨再摄取抑制剂类型的药物，主要用于缓解抑郁、焦虑等共病反应。

三、自杀危机

自杀观念与自杀行为是急救中心最普遍且最严重的心理急诊。

1、自杀的类型

根据自杀的结果，可分为自杀意念、自杀未遂和自杀成功三种形态。

一般把自杀分为情绪性自杀和理智性自杀两种类型。

情绪型自杀常常由于爆发性的情绪所引起，其中由委屈、悔恨、内疚、羞惭、激愤、烦躁或赌气等情绪状态所引起的自杀。此类自杀进程比较迅速，发展期短，甚至呈现即时的冲动性或突发性。

理智性自杀不是由于偶然的外界刺激唤起的激情状态导致的，而是由于自身经过长期的评价和体验，进行了充分的判断和推理以后，逐渐地萌发自杀的意向，并且有目的、有计划地选择自杀措施。因此，自杀的进程比较缓慢，发展期较长。

2、自杀的心理与社会原因

心理和社会因素在自杀死亡原因中的重要性相当，但在自杀未遂原因中社会因素相对更为重要。情感障碍——主要为抑郁症——是与自杀密切相关的精神疾病。

1) 抑郁严重程度比存在一种精神科诊断更为重要，这提示其它诊断的抑郁成份（精神分裂症、物质滥用等）更直接与自杀有关。

2) 研究发现 1/3 的自杀死亡者和 2/3 的自杀未遂者没有精神疾病，这一结果对长久以来形成的一种假设——几乎所有的有自杀行为的人有精神障碍——提出挑战，并强调预防自杀计划需要有助于预防或减少剧烈的人际矛盾的发生。

3) 自杀最后的模型中包含急性应激强度和慢性心理压力，这一点证实了在自杀行为发生的理论模型中近期和远期因素相互作用的重要性，从而说明需要针对两种不同的危险因素制定不同的预防措施。

4) 研究没有发现特殊导致自杀的生活事件，因此预防自杀工作应着重于降低负性生活事件导致的心理的累加效应，而不是仅仅致力于处理某个具体的生活事件。

5) 多因素综合在一起增加自杀的危险性，而不是某一个因素单独造成的独特结果，因此针对自杀的研究工作应少着重于寻找独立的危险因素，多着重于确定各个危险因素之间的协同作用机制。

6) 在农村地区控制农药的方便易得和提高医务人员急救水平可以显著降低中国的自杀率。

3、自杀倾向的初期警号

想自杀的人可能会在自杀前数天、数星期或数月有以下的征状：

- 1) 表示自己一事无成、没有希望或感到绝望；
- 2) 感到极度挫败、羞耻或内疚；
- 3) 曾经写出或说出想自杀；
- 4) 谈及“死亡”、“离开”及在不寻常情况下说“再见”；
- 5) 将至爱的物品送走；
- 6) 避开朋友或亲人、不想和人沟通或希望独处；
- 7) 性格或仪容剧变；
- 8) 作出一些失去理性或怪异的行为；
- 9) 情绪反覆不定，由沮丧或低落变得异常平静开心。

4、自杀的干预

自杀的干预主要在预防，预防自杀可分为三级，即一级预防，二级预防和三级预防。

一级预防：一级预防主要是指预防个体自杀倾向的发展。一级预防的主要措施有管理好农药、毒药、危险药品和其它危险物品，监控有自杀可能的高危人群，积极治疗自杀高危人群的精神疾病或躯体疾病，广泛宣传心理卫生知识，提高人群应付困难的技巧。

二级预防：二级预防主要是指对处于自杀边缘的个体进行危机干预。通过心理热线咨询或面对面咨询服务帮助有轻生念头的人摆脱困境，打消自杀念头。

三级预防：三级预防主要是指采取措施预防曾经有过自杀未遂的人再次发生自杀。

2008年9月，世界卫生组织（WHO）颁布——怎样可以预防自杀？

不是所有的自杀都可预防，但是大多数自杀是可以预防的。可在社区和国家级采取若干措施以减少危险，包括：

- ★ 减少获得自杀手段（例如杀虫剂、药物、枪支）；
- ★ 治疗心理障碍和精神病患者（特别是抑郁症、酒精中毒和精神分裂症患者）；
- ★ 对自杀未遂者进行随访；
- ★ 负责任的媒体报道；
- ★ 培训初级卫生保健工作人员。

在较个人层次，重要的是了解只有少数自杀发生前无预兆。大多数自杀者有表明其意图的明确预兆。因此，应严肃对待所有自残威胁。此外，大多数自杀未遂者是矛盾的，并非完全蓄意死亡。

许多自杀发生在一个人有精力和意志将绝望思想转变为毁灭性行动的改善期。但是，有过一次自杀的人并非一定有风险：自杀的想法可能重新出现但并不持久，并且在一些人中这种想法可能绝对不会重新出现。

据估计，每年有90万人死于自杀。这表示每40秒就有1人死亡。就全世界而言，自杀是15-44岁年龄的人中三大主要死亡原因之一。

四、易激惹

1、概述

易激惹性（irritability）指各种程度不等的易怒倾向，易出现攻击性行为。如疲乏、思睡者易有激惹；女性行经前期亦有易怒倾向；人格障碍者经常有愤怒冲动行为；急性躁狂症也常有发怒倾向；各种脑部器质性损害如脑外伤、癫痫、老年人脑萎缩等都常见易激惹现象。

这是一种剧烈但持续较短的情感障碍。患者一遇到刺激或不愉快的情况，即使极为轻微，也很容易产生一些剧烈的情感反应。病人极易生气、激动、愤怒、甚至大发雷霆，与人争执不已。

2、临床表现

易激惹是一种逐渐增强的动力性活动及情绪压抑状态。易激惹得信号预示着将发生暴力，包括以下几点：

- 1) 不停地踱步；
- 2) 反照不安；
- 3) 坐立不安；
- 4) 反复重复某些动作，如调电视机、摆弄其他物品。
- 5) 使劲关门或破坏物品；
- 6) 肌肉紧张；
- 7) 紧紧咬牙；
- 8) 大声嚷嚷或讲脏话；
- 9) 赌咒。

3、评价与治疗

- 1) 对易激惹患者应该进行一次全面的身体和精神检查，排除中毒因素和躯体性病理因素。
- 2) 检查患者是否带有武器，将他们安置在安静、安全的地方。
- 3) 决不要在被隔离的房间里检查易激惹得患者。
- 4) 如果患者有逃跑的打算，常常会利用逃跑的通道。要予以注意。
- 5) 如果激惹现象干预医学评价，应首先给患者进行药物镇静的处理。
- 6) 如果病人拒绝药物治疗，并再次表现出对自身或他人的有害行为，应该限制患者。
- 7) 急性激惹状态时。可以用氟哌啶醇（5-10 毫克）或罗拉（2 毫克）肌肉注射，可以每间隔 20-30 分钟重复用药，直至达到完全镇静为止。

五、攻击、暴力和凶杀的患者

1、概述

攻击是一种具有威胁性的暴力行为。心理学家将攻击行为界定为：个人存心或有意伤害他人(包括身体的伤害与语言的伤害)或破坏物品的行为。例如 J.H.Goldstein 认为意图引起他人身体或心理伤害之行为，即为攻击行为（aggression），而暴力行为则专指造成他人身体伤害结果之行为。又如 Harold I.Life 将攻击行为解释为一种用以阻碍任何趋力、抑制任何知觉及任何威胁的紧急行为。而暴力行为则是持续的攻击行为的终点，它表现出极度的力量，经常以身体的动作表现，行为也常失去原本的理性本质，而导致暴力的结果。

攻击的定义很广泛，包括一般性的威胁和确实不能造成危害的身体攻击（如挥动拳头）。凶杀是指谋杀行为。

2、攻击行为的评价

理智型：事先在脑子里想好，然后付之行动，从而对受害者极有威胁又有直接的伤害（施暴者具有控制自己行为的能力）。

情感型：情感控制或感知能力已具有缺陷的攻击行为。

3、攻击行为的治疗

- 1) 对有攻击性患者的自身安全以及对他人的安全进行密切的监督。
- 2) 如果病人表现急性攻击性冲动，应进行隔离、限制或相应的药物治疗。
- 3) 治疗应针对主要的原因或危险因素——如中毒患者的解毒治疗、表现为精神病性症状的抗精神病治疗、躁狂状态的情绪稳定性治疗等。
- 4) 对有人格障碍者进行心理治疗干预。

——2008 年 6 月 18 日整理

2010 年 4 月 15 日修订

急性应激障碍的识别与处理

邓明显 博士

美国东西方健康科学学院教授

急性应激障碍（Acute Stress Disorder, ASD）又称为急性应激反应（Acute Stress Reaction），是指对创伤等严重应激因素的一种异常的快速的的精神反应。这种反应以急剧、严重的创伤事件作为直接原因，患者在受刺激后立即（1小时之内）发病，表现有强烈恐惧体验的精神运动性兴奋，行为有一定的盲目性，或者为精神运动性抑制，甚至木僵。其症状往往历时短暂，预后大多良好。

近年来，随着突发灾难性事件增多，以及恐怖主义的自杀性爆炸等不断发生，急性应激障碍和创伤后应激障碍（PTSD）亦成为关注的重点。在灾难事件后，即刻发生的严重的心理障碍多为急性应激障碍。在各种心理症状持续出现一个月后，才演变为 PTSD。根据美国国家创伤后应激障碍中心（National PTSD Center in USA）的 PTSD 培训课程，ASD 和 PTSD 必须同时掌握。而且，ASD 和 PTSD 是灾难心理援助的重点工作。因此，本文将介绍急性应激障碍的基本概念、临床表现、识别与诊断、心理干预和基本治疗措施。

1 基本概念

1.1 什么是急性应激障碍？

在灾害事件发生时，幸存者会很快出现极度悲哀、痛哭流涕，进而出现呼吸急促，甚至短暂的意识丧失。幸存者初期为“茫然”阶段，以茫然、注意狭窄、意识清晰度下降、定向困难、不能理会外界的刺激等表现为特点。随后，幸存者可以出现变化多端、形式丰富的症状，包括对周围环境的茫然、激越、愤怒、恐惧性焦虑、抑郁、绝望，以及自主神经系统亢奋症状，如心动过速、震颤、出汗、面色潮红等。这种异常的心理反应，称为急性应激障碍。

多数病人发病在时间上与精神刺激有关，症状与精神刺激的内容有关，其病程与预后也与及早消除精神因素有关。本症不包括癔症、神经症、心理因素所致生理障碍和精神病性障碍。可发生在各年龄期，多见于青壮年，男女发病率无明显差异。

急性应激障碍的流行病学研究很少。仅有的个别研究指出，严重交通事故后的发生率大约为 13%—14%；暴力伤害后的发生率大约为 19%。集体性大屠杀后的幸存者中发生率为 33%。严重的灾害事件（如地震、海啸、空难、大型火灾等）的幸存者中发生率可高达 50% 以上。

1.2 病因和发病机制

决定急性应激障碍的发生发展、病程和临床表现的因素有：生活事件和生活处境，如剧烈的超强精神创伤或生活事件，或持续困难处境，均可成为直接病因；社会文化背景；人格特点、教育程度、智力水平，以及生活态度和信念等。强烈或持久的精神刺激因素是导致本病发生的直接原因。这些因素既可以是火灾、地震、交通事故、亲人死亡等，也可以是持久而沉重的情感创伤，如家庭不睦、邻里纠纷、工作严重挫折、长期处于外界隔离等。当精神刺激因素达到一定的强度，超过个人的耐受阈值，即可造成强烈的情感冲击，使个人失去自控能力，产生一系列精神症状。

精神因素是否致病，除精神刺激本身的特征和程度外，还与个人当时的健康状态及造成内心冲突的严重程度有关。前者如慢性躯体疾病、月经期、产褥期、过度疲劳等，后者又与病人的心理社会背景，如所受教育、爱好、愿望、价值观念等有关。有家族精神病遗传史及个人易感素质者，在遭受强烈刺激

时，较易发生本病。

1.3 与创伤后应激障碍的区别

急性应激障碍的患者在受刺激后立即（1小时之内）发病，症状往往在24—48小时后开始减轻，一般持续时间不超过3天。急性应激障碍还有一种临床亚型，称为“急性应激性精神病”，是指由强烈并持续一定时间的心理创伤性事件直接引起的精神病性障碍。以妄想、严重情感障碍为主，症状内容与应激源密切相关，较易被人理解。而与个人素质因素关系较小。一般病程时间也不超过1个月。

如果症状存在时间超过4周，要考虑诊断为“创伤后应激障碍”。

所以，急性应激障碍与创伤后应激障碍的区别，主要是在病程的时间上。急性应激障碍在灾害事件后马上发病，其病程为灾害事件发生的一个月以内。而创伤后应激障碍是在灾害事件后发病，而症状已经持续一个月以上。

2 临床表现

2.1 以急剧、严重的精神打击作为直接原因

在受到强烈的刺激后立刻（1小时之内）发病。表现有强烈恐惧体验的精神运动性兴奋，行为有一定的盲目性，或者为精神运动性抑制，甚至木僵。本障碍常可伴惊恐性焦虑的自主神经系统症状，如心动过速、出汗、脸面潮红、呼吸急促等。上述症状多为混合出现，但也可单独出现。典型的急性应激障碍可出现表情呆滞，处于茫然状态，继而不动不语，呆若木鸡，对外界刺激无相应反应，呈木僵状态，称为心因性木僵。历时数分钟或数小时恢复正常，或进入意识朦胧状态，可出现定向障碍，对周围事物不能清晰感知，自言自语，内容零乱，表情紧张、恐怖，动作杂乱、无目的，或躁动不安、冲动毁物。事后不能全部回忆，称为心因性意识模糊状态。

2.2 亚型——急性应激性精神病

有的病人因强烈和持续一定时间的心理创伤直接引起精神病性障碍。称为“急性应激性精神病”，也成为“反应性精神病”。这是急性应激障碍的一种亚型。其表现以妄想和情感症状为主，症状内容与应激源密切相关，较易被人理解。本障碍急性或亚急性起病，经适当治疗，预后良好，恢复后精神正常，一般无人格缺陷。

目前也可以将其分为另外一类：短暂精神病障碍（BPDMS）

2.3 强烈的病理情绪反应

急性应激障碍的病人，在强烈的精神刺激作用下，出现情绪低落、抑郁、愤怒、悔恨、沮丧、绝望、自责自罪，严重时自杀行为；并有失眠、噩梦多、疲乏，难以集中注意力，对生活缺乏兴趣，对未来失去信心，但无精神运动抑制现象。症状缺乏晨重夜轻的变化，情感和行为多能为旁人所理解，与外界接触尚好，称为急性心因性抑郁状态。少数病人在强烈的精神刺激作用下，出现情绪兴奋、欣快、言语增多，并有夸大特点，内容与精神因素有关，易被人理解，有时亦可出现伤人、毁物行为，多数伴失眠，称为心因性躁狂状态。

2.4 发病迅速，病程不超过一月

急性应激障碍，一般在异乎寻常的应激源的刺激下几分钟内就可以出现，多在1小时内发病。如果应激性环境消除可在2~3天内（常可在几小时内）症状迅速缓解。如果应激源持续存在或具不可逆性，症状一般可在2~3天后开始减轻。通常在一周内可缓解，一般不超过一个月，预后良好。

如果处理不当，症状持续超过一个月，可有20%-30%的人由急性应激障碍转为创伤后应激障碍（PTSD），长期存在痛苦，难以矫治。

3 识别与诊断

3.1 对急性应激障碍的识别

对心理障碍而言，目前国际通行的诊断标准为《诊断与统计手册：精神障碍，第四版修订本》（DSM-IV-TR）和《疾病和有关健康问题的国际统计分类第 10 版修订本》（ICD-10-E）。中国制定的诊断标准为《中国精神障碍分类与诊断标准第 3 版》（CCMD-3）。这三个诊断标准基本接轨。在对急性应激障碍的诊断上，有很多一致的地方。综合这三个标准，对急性应激障碍的识别有以下几点：

- 3.1.1 遭遇过创伤性事件；
- 3.1.2 有分裂性症状；
- 3.1.3 有三大核心症状：持续地重新体验、回避、警觉性增高；
- 3.1.4 社会功能障碍
- 3.1.5 症状至少持续 2 天，最多不超过 4 周；并发生于创伤事件之后 4 周之内。

3.2 美国诊断标准（DSM-IV-TR）

美国诊断标准是由美国精神病学会（APA）于 1952 年制订，2000 年修订的《诊断与统计手册：精神障碍，第四版修订本》（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, TR），缩写为 DSM-IV-TR。

在 DSM-IV-TR 中，急性应激障碍的诊断标准如下：

3.2.1 患者曾暴露于创伤性事件，存在以下二者：

（1）患者亲自体验、目睹、或遭遇某一或数件涉及到真正的（或几乎会招致）死亡或严重损伤，或者涉及到自己或他人躯体的完整性会遭到威胁的事件。

（2）患者有强烈的害怕、失助、或恐惧反应。

3.2.2 在体验这种令人痛苦事件之时或之后，患者会表现出下列 3 项以上分离性症状：

（1）麻木、脱离、或没有情感反应的主观感觉；

（2）对他（或她）周围的认识能力有所减低（例如，“发呆”）；

（3）现实解体；（自发地诉说外部世界的性质发生了改变，因而显得不真实，如感到现实世界疏远、缺乏生气、似乎是假的或者像舞台，人们在上面表演着规定的角色。而不是自己的精神活动或身体的性质改变。病人一般知道这种改变是不真实的，否则为现实解体妄想。）

（4）人格解体；（一种知觉障碍，特征为自我关注增强，但感到自我的全部或部分似乎是不真实、遥远或虚假的；这种改变发生时，感觉正常而且情感表达能力完整。觉得身体某部变大、变小、分离、嵌合、空虚。自知力一般能保留，否则为人格解体妄想。）

（5）分离性遗忘（即，不能回忆该创伤的重要方面）。

3.2.3 以下列 I 种以上的方式，持续地重新体验到这种创伤事件：反复的印象、思想、梦、错觉、闪回发作、或这种体验的生动再现感；或者是回忆到上述创伤事件时的痛苦烦恼。

3.2.4 对于能引起创伤回忆的刺激，作明显的回避（例如、思想、感受、谈话、活动、地点、人物）。

3.2.5 明显的焦虑或警觉增高症状（例如，难以入睡、激惹、注意不集中、警觉过高、过分的惊吓反应、坐之不安）。

3.2.6 此障碍产生了临床上明显的痛苦烦恼，或在社交、职业、或其他重要方面的功能缺损，或者影响了患者继续其必需的事业，例如化了不少时间去告诉家人这些创伤体验以期获得帮助。

3.2.7 此障碍至少持续 2 天，最多不超过 4 周；并发生于创伤事件之后 4 周之内。

3.2.8 此障碍并非由于某种物质（例如，某种滥用药物、治疗药品）或由于一般躯体情况所致之直接生理性效应，也不可能归于短暂性精神病性障碍，而且也不只是已有的轴 I 或轴 II 障碍的恶化加重。

3.3 国际诊断标准（ICD-10-E）

国际诊断标准是“国际疾病分类”（international Classification of Disease, ICD），这是依据疾病的某些特征，按照规则将疾病分门别类，并用编码的方法来表示的系统。目前全世界通用的是 1990 年经第四十三届世界卫生大会通过的第 10 次修订本《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（International

Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), 仍保留了 ICD 的简称, 并被统称为 ICD-10。近年来, 世界卫生组织 (WAS) 又数次进行了小范围的修订, 目前的最新版本是世界卫生组织 2007 年颁布的《疾病和有关健康问题的国际统计分类第 10 版修订本》(ICD-10-E)。

在 ICD-10-E 中, 急性应激障碍称为急性应激反应 (Acute Stress Reaction, ASR), 其定义及诊断标准如下:

3.3.1 定义

ASR 为一过性障碍, 作为对严重躯体或精神应激的反应发生于无其它明显精神障碍的个体, 常在几小时或几天内消退。应激源可以是势不可挡的创伤体验, 包括对个体本人或其所爱之人安全或躯体完整性的严重威胁 (如自然灾害、事故、战争、受罪犯的侵犯、被强奸); 也可以是个体社会地位或社会关系网络发生急骤的威胁性改变, 如同时丧失多位亲友或家中失火。如同时存在躯体状况衰竭或器质性因素 (如老年人), 发生本障碍的危险性随之增加。

并非所有面临异乎寻常应激的人都出现障碍, 这就表明个体易感性和应付能力在急性应激反应的发生及表现的严重程度方面有一定作用。症状有很大变异性, 但典型表现是最初出现“茫然”状态, 表现为意识范围局限、注意狭窄、不能领会外在刺激、定向错误。紧接着这种状态, 是对周围环境进一步退缩 (可达到分离性木僵的程度), 或者是激越性活动过多 (逃跑反应或神游)。常存在惊恐性焦虑的植物神经症状 (心动过速、出汗、面赤)。症状一般在受到应激性刺激或事件的影响后几分钟内出现, 并在 2—3 天内消失 (常在几小时内) 对于发作可有部分或完全的遗忘。

3.3.2 诊断要点

异乎寻常的应激源的影响与症状的出现之间必须有明确的时间上的联系。症状即使没有立刻出现, 一般也在几分钟之内。此外, 症状还应:

(1) 表现为混合性且常常是有变化的临床相, 除了初始阶段的“茫然”状态外, 还可有抑郁、焦虑、愤怒、绝望、活动过度、退缩, 且没有任何一类症状持续占优势;

(2) 如果应激性环境消除, 症状迅速缓解; 如果应激持续存在或具有不可逆转性, 症状一般在 24—48 小时开始减轻, 并且大约在 3 天后往往变得十分轻微。

本诊断不包括那些已符合其它精神科障碍标准的患者所出现的症状突然恶化。但是, 既往有精神科障碍的病史不影响这一诊断的使用。

包含: 急性危机反应、战场疲劳、危机状态、精神休克。

3.4 中国诊断标准

中国诊断标准是由中华精神科学会于 2000 年颁布的《中国精神障碍分类与诊断标准第 3 版》(CCMD-3)。关于急性应激障碍的诊断标准如下:

急性应激障碍的诊断标准: 以急剧、严重的精神打击作为直接原因。在受刺激后立刻 (1 小时之内) 发病。表现有强烈恐惧体验的精神运动性兴奋, 行为有一定的盲目性; 或者为精神运动性抑制, 甚至木僵。如果应激源被消除, 症状往往历时短暂, 预后良好, 缓解完全。

3.4.1 症状标准: 以异乎寻常的和严重的精神刺激为原因, 并至少有下列 1 项:

- (1) 有强烈恐惧体验的精神运动性兴奋, 行为有一定盲目性;
- (2) 有情感迟钝的精神运动性抑制 (如反应性木僵), 可有轻度意识模糊。

3.4.2 严重标准: 社会功能严重受损。

3.4.3 病程标准: 在受刺激后若干分钟至若干小时发病, 病程短暂, 一般持续数小时至 1 周, 通常在 1 月内缓解。

4 处理

4.1 基本措施

急性应激障碍的处理即心理危机干预。治疗干预的基本原则是及时、就近、简洁。治疗干预的基本

方法是心理干预为主、药物治疗为辅。

由于本病由强烈的应激性生活事件引起，心理治疗具有重要的意义。首先，是让患者尽快摆脱创伤环境、避免进一步的刺激。在能与患者接触的情况下，建立良好的医患关系，与患者促膝交谈，对患者进行解释性心理治疗和支持性心理治疗可能会取得很好的效果。要帮助患者建立起自我的心理应激应对方式，发挥个人的缓冲作用，避免过大的伤害。

在与患者进行心理会谈时，不要避免和患者讨论应激性事件，而要因人而异，与患者会谈交流事件的经过，包括患者的所见所闻和所作所为。这样的讨论将有助于减少有些患者可能存在的对自身感受的消极评价。

要告诉患者，人们在遭受天灾人祸之后，亲历了伤痛，失去了亲人朋友，或者目睹了他人的伤亡之后，在身体和心理上都会有一系列的反应。这些反应包括恐慌，忧虑，情绪低落，失眠，频繁做恶梦。有的人会烦躁易怒。他们也会心神恍惚，难以集中注意力。但是，这些反应都是人类正常的应激机能。很多人的症状都会有所缓解。虽然很多症状将会持续一段时间，但是不会严重到影响正常工作和生活的地步。要对患者强调指出，在大多数情况下，人们面临紧急意外时，不大可能做得更令人满意。

药物主要是对症治疗的，但在急性期也是采取的措施之一。适当的药物可以较快地缓解患者的抑郁、焦虑、恐惧、失眠等症状，便于心理治疗的开展和奏效。

灾难发生后 24-48 小时之间是理想的干预时间，在事件发生后 24 小时内不进行心理危机干预。

4. 2 放松技术 (Relaxation techniques)

放松技术也称为松弛训练，是一种帮助患者探索如何处理压力的很好方式。在对急性应激障碍的处理中，放松技术是常用的心理行为训练技术。

4. 3 危机干预——创伤后心理减压法 (Psychological Debriefing, PD)

危机干预的目的，是预防疾病、缓解症状、减少共病、阻止迁延。危机干预具有短程、及时和有效的特点，因此，干预重点是预防疾病和缓解症状。

常用的方法，有净化倾诉、危机处理（心理支持）、松弛训练、心理教育、严重事件集体减压等。

严重事件集体减压 (Critical Incident Stress Debriefing, CISD)，是一种系统的、通过交谈来减轻压力的方法。是一种简易的支持性团体治疗。

在大型灾难中，对于幸存者、灾害救援人员、急性应激障碍的病人，可以按不同的人群分组进行 CISD。CISD 是一种心理服务的方式，并不是正式的心理治疗，面对的大部分是正常人。严重事件是任何使人体验异常强烈情绪反应的情境，可潜在影响人的正常心理功能。严重事件造成应激是因为事故处理者的应对能力因该事件而受损。实践表明，CISD 是一种非常有效的心理干预方式。

4. 4 药物治疗

药物主要是对症治疗，但在急性期也是常常采取的措施之一。适当的药物可以较快地缓解患者的抑郁、焦虑、恐惧、失眠等症状，便于心理治疗的开展和奏效。

常用的药物有抗焦虑药、抗抑郁药、非典型抗精神病药、抗惊厥药等。根据患者的主要症状进行选择。用药的原则是小量、短程、及时调整。

一些与精神活动关系密切的中药，也可以用来对症治疗。以精神运动性兴奋症状为主（阳证）的患者，可选用重镇安神的方剂。以精神运动性抑制症状为主（阴证）的患者，可选用养心安神的方剂。

——2008 年 5 月 18 日撰写

2009 年 3 月发表于《国际中华应用心理学杂志》2009 年第 1 期

2010 年 4 月 15 日再次修订

短暂精神病性障碍的识别与处理

邓明显 博士

【病例报告】 4月18日下午，中德心理援助一行三人以志愿者的身份，在青海红十字医院张院长的热情接待下，详细了解到该红十字医院接受灾区的伤员情况，截至今日已经接收从玉树地震灾区空运至此的112名伤员，我们三位心理援助志愿者也立即投入工作。

在工作中，我们发现有一藏族同胞，男，35岁，藏族，青海省西宁市玉树县居民，未婚，自小父母早亡，由姐姐带大，信仰活佛，加入宗教组织，由于曾患中风，故在家休养。在4月14日玉树地震中，失去了两位亲人，包括自己的姑姑，姐姐和他都受了伤，姐姐被运往四川的华西医院救治，他被送至青海红十字医院，自15日住院以来，患者不配合医生的检查和治疗，今天还出现了拒食、拒绝医生检查的现象，嘴里总是自言自语的说：“不用你们管我，我放弃了”。

通过向患者的主治医师所了解到，患者在地震中受了轻伤，出现头皮血肿，入院后给予输液、口服活血化瘀药物治疗，但是患者出现情绪不稳定，烦躁不安。先是不配合诊疗，后拒绝治疗，今天早晨患者一个人躲在卫生间里长时间不出来，亲人、邻居、医生谁叫他都不答应。还一直语无伦次，自言自语。

在通过观察和与患者沟通了解到：患者一直自言自语，语无伦次，通过藏语翻译(志愿者)可以了解到，患者在说：不用你们管，不用你们管。并与照顾自己的侄子发脾气，不让人碰他，医生来检查其肢体情况，他强烈拒绝，医生来为其输液，他也拒绝。不听别人的讲话，只是自言自语，只顾自己说，好不容易和他沟通起来，劝他配合医生做好治疗，然后好让侄子陪他回去，他却很认真的说要自己回去，而且自己会开着自己的东风车回去(邻居和侄子说，他根本没有车，也不会开车，最近他常常说一些他们听不懂的话)

根据患者现在的情况看，已经出现了明显的幻觉、妄想。患者否病拒医，自知力不完整。我们三人初步会诊意见为精神障碍，并建议转诊到精神科。从而使患者的精神障碍得到及时的治疗。

根据病例所述：患者极有可能是**短暂精神病性障碍 (brief psychotic disorder with marked stressor, BPDMS)**。以往也称为“反应性精神病”，一些医生可能会当作急性应激障碍(ASD)的精神病性亚型。

一、临床表现

BPDMS是指在创伤发生的一个月之内，出现以精神病性症状为主，导致行为紊乱的精神障碍，一般历时短暂(不超过1个月)，没有器质性病因证据。

对遭遇了灾害事件的患者，BPDMS的识别要点为：创伤发生在一个月内，并且有明显的精神症状。可以用BPDMS诊断筛查表进行筛查。

二、诊断

(一) 美国诊断标准(DSM-IV-TR)

1、有至少一种如下症状

- (1) 妄想
- (2) 幻觉
- (3) 言语紊乱(如经常性离题或不连贯)
- (4) 明显的行为紊乱或紧张性行为

注：如果症状时所属文化认可的反应模式，则不包括在内

2、病情发作持续至少1天，但不超过1月，最后能完全充分地回到病前的功能水平。

3、此障碍并不能归于伴精神病性表现的心境障碍、分裂情感性精神障碍、或精神分裂症来解释，也不是由于某种物质（例如某种成瘾药物，某种处方药物）或一般躯体情况所致的直接生理效应。

注：

具有明显应激因素（短暂反应性精神病）：如果症状是在某些生活事件之后很快发生，并且显然是对生活事件的反应；这些生活事件在时间上单或联合地起作用，对患者所属文化中的任何人处于类似环境都是显著的应激。

不伴有显著的应激因素：如果精神病性症状并非接着发生于生活事件之后，而且也不是对它的反应。虽然这种事件可能几乎对任何处在相似境遇下都会是十分显著的应激。

产后起病：分娩后后4周之内起病。

（二）国际诊断标准（ICD-10）

急性而短暂的精神病性障碍诊断要点：

能准确指导急性精神障碍分类的系统性临床资料尚不具备，我们不得已而使用的有限资料和临床惯例无法给出定义准确、并能彼此区分的概念。为了避免混淆诊断，这里采用的方法是根据本症某些关键特征的优先顺序而排列诊断顺序。症状的优先顺序为：

- （1）急性起病（2周以内）为本组全部障碍的特征；
- （2）存在典型综合征；
- （3）存在相应的急性应激。

然而根据本分类的按排，不符合这一优先顺序者仍可被确定为具有上述特殊表现之一的急性精神病性障碍。

本文还推荐尽可能地对本组中所有障碍的起病进一步分类。急性起病的定义是：在2周或更短的时期内从缺乏精神病特征的状态转变为有明显异常的精神病性状态。有证据表明急性起病往往与预后良好有关，而且可能起病越急，预后越好。因此本文推荐只要情况适合就应指明暴发性起病（48小时之内）。

典型综合征中首推迅速变化和起伏的状态，这里称之为“多形性”，有不少国家认为它对急性精神病状态的诊断十分重要；其次为存在典型的精神分裂症症状。

考虑到急性应激与急性精神病的传统联系，也可使用第五位编码指明相应的急性应激。然而，现有的为数不多的证据表明相当一部分急性精神病性障碍的起病缺乏相应的应激，因此本文规定必须记录是否存在应激。在这里相应的急性应激意味着：当一件或多件在类似环境下对该文化处境中的大多数人构成应激的事件发生后，2周以内即出现第一个精神病性症状。典型的应激事件可为亲人亡故、非预期性地失去伴侣、工作或婚姻；或战争、恐怖主义和严刑所致心理创伤。长期存在的痛苦或烦恼不应包括在本类应激源内。

病人一般在二到三个月内（往往在几周甚至几天内）痊愈，仅有一小部分病人发展成持久的残疾。不幸的是凭现有知识尚无法预测究竟哪一个部分病人不会很快恢复。

编写这些临床描述和诊断要点时假定：当起病只有几天或几周而不知病情将持续多久时，临床工作者为了评定和治疗病人需使用这些资料以做出诊断。因此，它包括了许多有关时间限制以及从一种障碍过渡到另一种障碍的提示，以便及时更新诊断记录。

这些急性障碍的诊断用语与其分类学状态一样也未能确定，但本文尽量使用简单和熟悉的术语。将“精神病性障碍”作为本组所有障碍的简便术语，同时采用一附加的定性术语按上述顺序指明各不同类型的特征。

诊断要点

虽然病人可时常出现明显的情绪变化和情感性症状，但本组障碍中没有任何一种满足躁狂发作或抑郁发作的标准。

根据定义，这些障碍也不应具有器质性病因，例如脑震荡、据委或痴呆。病人常出现困惑、先占观念以及不注意当前的谈话，但如果这些症状十分明显或持久从而提示谵妄或痴呆等器质性病因时，应

推迟诊断直到经过调查或观察而澄清这一问题。同样，如存在明显的药物或酒中毒，也不应诊断为 F23 中的障碍。如果近期酒或印度大麻的用量仅轻度增加，且没有严重中毒或定向障碍的证据，则不应排除诊断为上述某种急性精神病性障碍的可能性。

重要的是注意 48 小时和 2 周的标准并非指严重度和障碍达到顶峰的时间，而是指精神症状变得明显并至少妨碍了日常生活和工作的某些方面所需时间。急性和爆发性起病者此后均可达到障碍的顶峰；只要在指定时间内症状和障碍明显，通常导致病人寻求某种帮助或求助于医疗机构即可诊断。表现为焦虑、抑郁、社会退缩或轻度异常行为的前驱期不应包括在此时期。

（三）中国诊断标准（CCDM-3）

急性短暂性精神病指一组起病急骤，以精神病性症状为主的短暂精神障碍，多数病人能缓解或基本缓解。

【症状标准】精神病性症状，至少需符合下列 1 项：

- 1、片断妄想，或多种妄想；
- 2、片断幻觉，或多种幻觉；
- 3、言语紊乱；
- 4、行为紊乱或紧张症。

【严重标准】日常生活、社会功能严重受损或给别人造成危险或不良后果。

【病程标准】符合症状标准和严重标准至少已数小时到 1 个月，或另有规定。

【排除标准】排除器质性精神障碍、精神活性物质和非成瘾物质所致精神障碍、分裂症，或情感性精神障碍。

四、BPDMS 的处理（药物治疗与心理治疗相结合）：

1、小量的抗精神病药物，如：氟哌啶醇（传统抗精神病药）、利培酮、氯氮平等；结合中药**定神汤**（主要中药：香附 12g，枳壳、远志、酸枣仁各 10g，石菖蒲 10g，朱砂(包)2g，白芍、法半夏各 9g，竹茹 7g，龙骨、牡蛎各 15g，1 天 1 剂）。进行中西医结合治疗。

2、对患者进行心理疏导及心理护理，特别要注意防治自伤和伤人。

3、待精神症状有一定缓解时，进行松弛训练和认知行为训练，防止发生创伤后应激障碍（PTSD）。

4、社会生活支持，帮助患者解决生活上的困难。

特别注意：

在灾害发生的 24 小时-72 小时，以及一个月内，幸存者和救援人员最易出现的心理障碍为 ASD 和 BPDMS。前者是以三大核心症状（闪回、回避、警觉性增高）为主，后者是以精神症状为主。两者都需要心理治疗和药物治疗相结合。

对于非医学背景心理咨询师来说，对 BPDMS 的主要任务有两点：

1、识别及转介。除了根据临床表现外，还要用简明创伤后障碍访谈（BIPD）的提纲进行半结构化访谈。BIPD 包括 ASD 诊断筛查表、BPDMS 诊断筛查表和 PTSD 诊断筛查表。三个诊断筛查表设计简单，易于掌握。

2、协助医生对患者进行心理疏导和心理治疗，协助社工师进行社会生活支持。

——2010 年 4 月 19 日进行病案分析后发往玉树灾区
4 月 28 日修订并补充诊断标准

创伤后应激障碍（PTSD）的诊断基础

任 珏（香港大学博士生）译 MARY 校 邓明显 审校

1、创伤事件接触及创伤后应激障碍的普遍性

流行病学研究表明，在美国有多达 70% 的人在他们的这一生当中，曾经经历过一个或多个创伤事件。在美国，一生中罹患创伤后应激障碍的机率，女性高于男性，为 10-14%，男性则为 5-6%。虽然患病率可能会因为所接触到的创伤的性质及严重程度有所不同，不同群体的个体接触到创伤应激，大约会有 14-24% 的人会患上创伤后应激障碍（PTSD）。例如大约 30% 的越南退伍军人一生中有一段时间患有创伤后应激障碍，也有超过半数的前战俘患有创伤后应激障碍。这些研究发现显示，创伤事件的接触是非常普遍的。事实上，很多人都曾经有过至少一段时间的创伤后应激障碍（大约两千万美国人），从而使这一病症成为主要的公共健康和心理健康问题，仅次于物质使用障碍和抑郁。

2、创伤后应激障碍诊断标准

- 标准一：接触到创伤压力
- 标准二：再度体验症状
- 标准三：回避及麻木症状
- 标准四：警觉提升症状
- 标准五：持续时间至少一个月
- 标准六：明显的痛苦或功能损伤

创伤后应激障碍（PTSD）是一种由于接触到极大的创伤压力所导致的心理失调。根据《美国精神障碍诊断手册—第四版》（DSM-IV），创伤后应激障碍有一些独特的界定特征和诊断标准。这里提供的每一项诊断标准的具体内容，可以用来诊断创伤后应激障碍。这些标准包括：一、接触到创伤压力；二、再经历症状；三、回避及麻木症状；四、警觉提升症状；五、持续时间至少一个月；六、临床上明显的痛苦或社会、职业或其他重要领域功能损伤。

标准一：接触到创伤压力

- 一个创伤性事件包括个人或他人的实际的或有可能的死亡或伤害。
- 对创伤的回应包括强烈的忧虑、无助感或恐惧

当符合此标准的情况出现时，当事人一定是在以下两种情况下接触到创伤性事件：（1）当事人经历、目击或遭遇到一个包括实际或者有可能的死亡或严重伤害，或者某个对当事人或他人的身体完整有威胁的事件；（2）当事人对创伤反应出强烈的忧虑、无助感和恐惧（在儿童那里，这种情况可能会被无序或者激动的行为替代。）

创伤的严重性，包括其强度、频率和持续时间，是引发随后出现的创伤后应激障碍的重要潜在刺激因素。临床观测和研究显示，在压力程度和创伤后应激障碍的可能性、长期性和严重性之间有一种“剂

量反应“关系。创伤刺激的具体特征，例如相关的暴力程度，以及是否涉及性侵害等。以下列出的是一些在进行标准一的评估时，需要注意到的创伤应激的诸多方面：

- 应激严重性的强度、频率和持续时间
- 应激的不可预测性和不可控制性
- 生命威胁
- 身体伤害
- 失去重要亲人的悲痛
- 相关的残酷性和荒诞性
- 相关暴力程度，尤其是暴力犯罪的程度
- 性侵害

根据《美国精神障碍诊断手册—第四版》(DSM-IV)，接触到创伤大致有3个不同层次：直接经历、目击和面对。直接经历创伤性事件包括那些实际经历过暴力、灾难或突发事件中的身体伤害的当事人。目击时间包括看到他人的死亡或者受伤。面对创伤性事件指获取有关死亡或者有可能的死亡的消息，例如家庭重要成员的死亡。对于个体和他人的身体威胁，主要包括强迫性交或其他让当事人察觉到自我或者身份认同被改变的事件。日常生活中的一些压力事件，包括离婚或者经济危机，可能会引起调整性问题，但是尚未达到此创伤后应激障碍的标准。以下列举了一些充分满足标准的应激事件，例如：

- 暴力殴打
- 性侵犯和性虐待
- 战斗
- 严重意外
- 自然或人为的灾害
- 被绑架或劫持为人质
- 儿童虐待
- 酷刑
- 涉及到接触死亡或致命损伤的救援工作
- 确诊为某种威胁生命的疾病

根据《美国精神障碍诊断手册—第四版修订本》(DSM-IV-TR)，目击和从他人处获知创伤性事件也会引发创伤后应激障碍。普遍的例子包括目击或获知亲人的突然死亡或者观察到其他人严重受伤或非正常死亡。处于接触创伤性事件最远端的个人，例如获知其他人的死亡、受伤，就越不容易导致创伤后应激障碍或其他严重的情绪紊乱的发生，或者延迟出现这些症状。

符合这些标准的压力必然引起激烈的情绪反应。根据《美国精神障碍诊断手册—第四版修订本》(DSM-IV-TR)，符合标准的压力不仅仅包括威胁，还必须引发包括强烈害怕、无助感或恐惧的反应。当然，这些标准也是存在争议的，因为没有相关指引，能够决定一个应激反应需要“激烈”到何种程度才算得上符合应激反应的诊断标准。此外，一些严重创伤个人由于防御性回避和麻木，而游离于应激压力之外或迟钝反应。很多时候，激烈的情绪反应直到创伤事件结束后很长时间才可能出现。出于评估的目的，即便与创伤经验直接相关的激烈情绪反应，延迟了数天甚至数周才出现，这些评估标准依然适用。在这种情况下，有必要判断个人是游离或麻木于创伤事件还是对创伤事件有即刻反应。

围绕创伤的一些因素，例如受害人缺少社会支持，就上述创伤事件本身来说，可能提高产生创伤后应激障碍的风险。此外，当事人在接触创伤之前的一些特性，例如一些心理失调表现，比如说抑郁，可能影响应激压力的不良后果的受伤害性。临床诊断对于根据一系列标准来量度应激压力的充分性来说，是必要的，以便于确诊其引发心理创伤和创伤后应激障碍的潜在可能性。

标准二：再度体验症状

创伤后应激障碍症状诊断标准二，包括以下列一种或更多的方式，持续再度体验创伤事件：

- 包括影像、思考或知觉等方式的令人痛心的回忆会不断反复闯入心头；
- 反复痛苦的梦见此创伤事件；
- 仿佛此创伤事件再度出现的行动或感受，例如再度感受当时的经历、错觉、幻觉和游离的闪回片段，不论是处于觉醒状态还是处于某种物质中毒状态中；
- 当接触到与创伤事件具有象征性或相似性的内部或外部情境时，表现出强烈的心理痛苦；
- 当接触到与创伤事件具有象征性或相似性的内部或外部情境时，表现出强烈的生理反应。

在这些症状中，创伤往往通过记忆、梦境或者对创伤提醒所产生的痛苦等途径，对创伤后应激障碍患者再次产生影响。创伤后应激障碍是明显区别于“一般的“有关过去事件的记忆，事实上，有关创伤的再现回忆是不情愿的，非自愿的，引起令人痛苦的情绪，而且扰乱了个人正常的生活运作和质量。

标准三：回避及麻木症状

创伤后应激障碍症状诊断标准三，包括回避与创伤相关的刺激，并出现一般性的麻木反应，主要表现在以下三种或更多的创伤前不曾出现的症状：

- 努力回避与创伤有关的思考、感受或谈话
- 努力回避会导致回忆起创伤事件的活动、地点或人
- 无法回忆起创伤事件的重要部分
- 明显减少对重要活动的兴趣和参与
- 有疏离感或远离人群
- 感受受限（例如，不能有爱的感觉）
- 对未来的悲观，当事人无法期待拥有事业、婚姻、子女或正常寿命

诊断标准三所述症状，包括避免提及创伤事件。这些暗示可以导致一些内在的反应，例如与创伤有关的想法或感受，以及（或者）由于环境所触发的不愉快的回忆等刺激。在有限的范围内，创伤后应激障碍好似一种恐惧症，当事人保持相当长的距离以避免那些会引起情绪困扰的刺激。标准三所述症状，也包括诸多一般性损伤症状，诸如普遍的情绪麻木，感觉与他人的“不同步”，或者由于创伤经验，对无法实现正常的发展目标产生期待。

标准四：警觉性增高症状

诊断标准四所述症状，包括创伤前不曾出现的、持续的警觉性增高。至少有下列两种症状：

- 难以入睡或难以保持睡眠
- 易怒或爆发愤怒
- 难以集中注意力
- 过度警觉
- 过度惊吓反应

经历过创伤后应激障碍的痛苦的人，其生理激活反应受到增强，可能在一种普通情况下发生，甚至

是在休息的时候。更典型的，这种激活反应表现为，对那些引起有关创伤的直接或象征性回忆的刺激，产生过度反应。

标准四所包括的症状往往，但并非总是，与创伤事件的重温联系起来的。例如，梦魇会扰乱睡眠，闯入的回忆会干扰注意力集中，而且过度警觉可能会影响到对避免再现类似出现过的创伤事件的关注。

标准五：症状持续时间

为了诊断创伤后应激障碍，相关症状必须至少持续一个月。一些在接触创伤事件很短时间内（少于一个月）出现症状的人，往往会被误诊为创伤后应激障碍。这些人被诊断为急性应激障碍或适应反应，会更合适一些。虽然有许多还有急性应激障碍的人会发展成为创伤后应激障碍，但是也有相当一些人不会。

标准六：创伤后应激障碍症状，必须具有显著的临床特征

标准六要求，创伤后应激障碍必须导致临床上见到显著的痛苦或社会、职业或其他重要领域的功能损害。有些个体会显示出大量的主观不适和出现创伤后应激障碍的一些症状，但是并没有在他们的日常生活功能状态中出现明显的损伤。另外的一些个体在一个或更多的功能领域出现损伤，例如社会关系，工作效率或者从事和享受娱乐、休闲活动的的能力。

3、创伤后应激障碍诊断基础的总结

综上所述，接触到创伤压力是诊断创伤后应激障碍的先决条件。创伤后应激障碍的症状，至少存在一个月，并且有三类典型症状：（1）再度体验创伤事件；（2）回避创伤相关的刺激和一般反应性麻木；以及（3）增强的生理警觉。创伤后应激障碍的症状，根据其持续的症状、情绪痛苦的唤起以及日常生活的功能损伤，明显有别于对压力事件的“正常”（非病理性）回忆。

英文版取自美国国家 PTSD 中心（National PTSD Center）的资料：PTSD Basics.

——2008年5月23日整理

2010年4月15日修订

创伤后应激障碍的识别与干预

邓明显¹ 博士

美国东西方健康科学学院，美国纽约

Identification and Intervention of Post Traumatic Stress Disorder

DENG Mingyu, M.D., Ph.D.

American College of East-west Health Science, New York, USA

创伤后应激障碍（Post Traumatic Stress Disorder, PTSD）指对创伤等严重应激因素的一种异常的、延迟性、持续性的身心障碍。PTSD 最初是用来描述各类创伤性战争经历后的种种结果，也称为“战争疲劳”。后来发现，在个体经历威胁生命事件之后，都可能出现。其引发原因可以从自然灾害、事故到刑事暴力、虐待、战争。这种压力即可以是直接经历，如直接受伤；也可以是间接经历，如亲眼目睹他人死亡或受伤。近年来，随着突发灾难性事件增多，以及恐怖主义的自杀性爆炸等不断发生，创伤后应激障碍亦成为关注的重点。本文介绍了创伤后应激障碍的基本表现、识别与诊断、以及心理干预和处理。

第一节 创伤后应激障碍的概念与表现

一、创伤后应激障碍的基本概念

1. 创伤后应激障碍的定义

创伤后应激障碍（posttraumatic stress disorder, PTSD）指对创伤等严重应激因素的一种异常的精神反应，它是一种延迟性、持续性的身心反应。是由于受到异乎寻常的威胁性、灾难性心理创伤，导致延迟出现和长期持续的心理生理障碍。

导致产生 PTSD 的事件，是发生在一个人经历或目睹威胁生命的事件。这类事件包括战争、地震、严重灾害、严重事故、被强暴、受酷刑、被抢劫等。几乎所有经这类事件的人都会感到巨大的痛苦，常引起个体极度恐惧、害怕、无助感。这类事件称为创伤性事件。

许多创伤后的生还者恢复正常生活所需时间不长，但一些人却会因应激反应而无法恢复为平常的自己，甚至会随着时间推移而更加糟糕，这些个体可能会发展成 PTSD。PTSD 患者通常会经历诸如发噩梦和头脑中不时记忆闪回，并有睡眠困难，感觉与人分离和疏远。这些症状若足够严重并持续时间够久，将会显著地损害个人的日常生活。

¹邓明显教授，医学博士（M.D.）、健康科学博士（Ph.D.），旅美华人心身医学家和临床心理学家。现任美国东西方健康科学学院副院长，咨询心理学专业的博士生导师。并任国际心身医学院院士、美国心身学会执委、国际华人医学家心理学家联合会理事长、中华心理咨询师国际协会理事长。邓教授从业 25 年，率队参加过多次大型灾害后的心理援助工作，如 1998 年的中国特大洪灾、2001 年的美国纽约恐怖袭击、2008 年的四川汶川大地震等。对创伤后应激障碍的防治有丰富的临床经验。2008 年暑假，他到中国的 10 多个城市巡回主讲“创伤后应激障碍的识别与处理”。南起广州，北至哈尔滨，聆听讲座的医生和心理师近万人。为中国大陆的专业人员弥补了“创伤后应激障碍”的专业知识空白。

PTSD 表现有明显的生理和心理症状，它的复杂性表现在常与相关的精神失调合并发展，如抑郁、药物滥用、记忆和认知问题，以及其他的生理和精神健康问题。这类失调也会伴随损害个人在社交及家庭生活中发挥作用的能力，包括职业不稳定性，婚姻问题和离异，家庭失调，和子女教养的困难。

2. 创伤后应激障碍的历史回顾

PTSD 并不是一种新的心理障碍。早在很久以前就有记载类似的症状，在美国国内战争中就有历史记载这种障碍的文件，当时 PTSD 类似的症状被认为是“Da Costa 综合征”。其中在医学文献中还记载有关于二次世界大战和大屠杀的生还者的创伤后应急障碍的特别描述。

PTSD 的详细研究及记载始于越战后，患者主要是经历战争的士兵，所以称此为“炮击震惊”(shell shock)，后来又称其为“战争疲劳”(battle fatigue)。根据 1988 年国家越南战争退伍军人再调整研究显示，PTSD 在这个人群的发生比例当时是 15.2%，30% 的人从越南回国后表现出相应的症状。

所有研究的退伍军人群体都在后续阶段被发现患有 PTSD，包括参加二战、朝鲜战争、越南战争、海湾战争、和被派遣至世界各战争区域的参加联合国维和部队的人群。在其他国家的参战退伍军人的群体中也发现有明显类似的 PTSD 症状，比如澳大利亚的越战退伍军人表现出了许多类似于美国越战退伍军人的症状。

但是 PTSD 不仅是退伍军人的问题。虽然 PTSD 具有独特的文化及性别方面的表现，它也发生在男人和女人，成人和孩子，西方和非西方文化人群，还包括所有社会经济阶层的人群。美国 1995 年国民调查估计 PTSD 的一生中的发生率是男人 5%，女人 10%。2005 年该研究的报告显示 PTSD 发生率约为全美国人的 8%。

3. 创伤后应激障碍的症状形成和发展

许多人经历了创伤性和应激性事件后，会在接下来几天或几周内表现出一些 PTSD 的症状。可提供的数据显示 8% 的男性和 20% 的女性会持续发展 PTSD，大约有 30% 的这些个体会表现出持续整个后半生的慢性症状。

PTSD 通常在创伤事件发生一个月后出现（在这之前的被称为急性应激障碍），但也可能在事发后数月甚至数年间延迟发作(delay onset)。引发创伤的事件包括战争、暴力犯罪、性侵害、严重交通意外、自然灾害、技术性灾难 (technological disaster)、难民、长期监禁与拷问等，罹患 PTSD 多为直接或间接接触创伤事件的幸存者(受害者)、目击者与救援者。症状持续视患者的状况有极大不同。

慢性 PTSD 的发展过程通常包含有周期性的伴随症状缓解或消失的症状加剧，虽然一些个体会经历严重或不会缓解的症状。一些年纪大的退伍军人，报告有持续一生的慢性症状。他们会在退休后、自己或配偶有身体疾病、或关于他们军事服役的提醒（如关于战争事件的周年媒体广播或聚会）时，表现出十分显著的症状恶化。

4. 创伤后应激障碍的罹患因素

4.1 他们经历了强烈刺激（无论广度还是强度）、无法预测和控制的受害事件；他们是真实遭遇或感知这些事件。

4.2 他们有先前的心理脆弱因素，如基因、童年早期开始发生并持续存在的创伤，缺乏功能性社会支持，及有现存的压力性生活事件。

4.3 他们有诸如令人羞愧、内疚、敌视化、自我憎恨的社会环境。

事件本身的严重程度是产生 PTSD 的先决条件。在我们的日常用语中，许多超出意料的事件都可以称为“心理创伤”的，如离婚、失业或考试失败。但是，有关研究发现，大约只有 0.4% 的事件具有“创伤性”意义。最近的研究提示，所谓“创伤性体验”应该具备两个特点：第一，对未来的情绪体验具有创伤性影响。例如，被强奸者在未来的婚姻生活或性生活中可能反复出现类似的体验；第二，是对躯体或生命产生极大的伤害或威胁。当然，个人人格特征、个人经历、社会支持、躯体健康水平等也是病情和病程的影响因素。

5. 对创伤后应激障碍的认识

人们在遭受天灾人祸之后，亲历了伤痛，失去了亲人朋友，或者目睹了他人的伤亡之后，在身体和心理上都会有一系列的反应。这些反应包括恐慌，忧虑，情绪低落，失眠，频繁做恶梦。有的人会烦躁易怒。他们也会心神恍惚，难以集中注意力。人们还往往会不由自主地产生对灾难情形的鲜明的回忆，这种回忆导致生理和心理上的应急反应（例如出汗，心跳加速，极度恐慌）。同时，有 PTSD 的人们会尽量地避免接触和提及他们所经历的灾难。他们会避免故地重游。他们的情绪通常会持续低落，并会对原来感兴趣的事务丧失兴趣。他们也可能把自己孤立起来，避免和他人交往。他们或许会表现得神情呆滞，对人对事反应迟钝。

以上的反应都是人类正常的应激机能。很多人的症状都会有所缓解。虽然很多症状将会持续一段时间，但是它们没有严重到影响正常工作和生活的地步。所以根据诊断标准，只有当足够多的症状在灾难以后持续出现一个月以上，并且这些症状的严重程度已影响到了正常的生活，患者才可以被诊断为“创伤后应激心理障碍”。请注意，有的人，特别是救援人员的症状可能会出现延缓。也就是说，他们可能会在灾难发生六个月或更长的时间之后才出现反应。他们也需要及时治疗和帮助。

6. 美国创伤后应激障碍的研究和临床机构

6.1 创伤后应激障碍的名称和诊断标准的沿革

美国《诊断与统计手册：精神障碍，第三版》（DSM-III）于 1980 年确定了 PTSD 的名称并提出诊断标准，1987 年的第三版修订本（DSM—III—R）进行了修订，1994 年的《诊断与统计手册：精神障碍，第四版》（DSM-IV）再次修订。目前的最新版本是《诊断与统计手册：精神障碍，第四版修订本》（DSM-IV-TR），于 2000 年出版。《诊断与统计手册：精神障碍，第五版》（DSM-V）将于 2012 年发布。

6.2 创伤后应激障碍的国家研究中心

美国国家 PTSD 中心（National Center for PTSD）建立于 1989 年，由国会批准成立。隶属于退伍军人管理事务部（Department of Veterans Affairs）。中心的工作是开展对 PTSD 的预防、普及、治疗的研究和教育（research & education on the prevention, understanding, and treatment of PTSD）。中心总部设在佛蒙特州的白河杰克逊，另外有四个分部：分别设在麻州的波士顿、康州的海文、加州的保罗奥拓、和夏威夷州的檀香山。PTSD 的临床治疗工作不属于该中心。

6.3 创伤后应激障碍的临床治疗机构

在美国的大型医院里，设有近 10 个 PTSD 病区。其中最大的病区在纽约州立大学医学院附属精神卫生医院，负责对慢性或迁移性 PTSD 病人的住院治疗。在一般的综合医院和精神卫生医院，多设有 PTSD 专科门诊，负责对一般 PTSD 病人的门诊处理和康复指导。

二、创伤后应激障碍的临床表现

1. 创伤后应激障碍的核心症状

创伤后应激障碍的核心症状有三组，即：重新体验症状、回避症状和警觉性增高症状。

1.1 重新体验症状

PTSD 最具特征性的表现是在重大创伤性事件发生后，患者有各种形式的反复发生的闯入性创伤性体验重现（病理性重现）。患者常常以非常清晰地、极端痛苦的方式进行着这种“重复体验”，包括反复出现以错觉、幻觉（幻想）构成的创伤性事件的重新体验（flashback，症状闪回，闯入性症状）。此时，患者仿佛又完全身临创伤性事件发生时的情景，重新表现出事件发生时所伴发的各种情感。患者面临、接触与创伤性事件有关联或类似的事件、情景或其它线索时，常出现强烈的心理痛苦和生理反应。

患者在创伤性事件后，频频出现内容非常清晰的、与创伤性事件明确关联的梦境（梦魇）。在梦境中，患者也会反复出现与创伤性事件密切相关的场景，并产生与当时相似的情感体验。患者常常从梦境中惊醒，并在醒后继续主动“延续”被“中断”的场景，并产生强烈的情感体验。

1.2 回避症状

在创伤性事件后，患者对与创伤有关的事物采取持续回避的态度。回避的内容不仅包括具体的场景，还包括有关的想法、感受和话题。患者不愿提及有关事件，避免相关交谈，甚至出现相关的“选择性失忆”。患者似乎希望把这些“创伤性事件”从自己的记忆中“抹去”。

在遭遇创伤性事件后，许多患者存在着“情感麻痹”的现象。从外观上看，患者给人以木然、淡漠的感觉，与人疏远、不亲切、害怕、罪恶感或不愿意和别人有情感的交流。患者自己也感觉到似乎难以对任何事物产生兴趣，过去热衷的活动也无法激起患者的情绪，患者感到与外界疏远、隔离，甚至格格不入，难以接受或者表达细腻的情感，对未来缺乏思考和规划，听天由命，甚至觉得万念俱灰，生不如死，严重的则采取自杀行为。

1.3 警觉性增高（易激惹）症状

不少患者则出现睡眠障碍（难以入睡、易惊醒）、易激惹或易发怒、容易受惊吓，难以集中注意力等警觉性增高的症状。

2. 儿童的创伤后应激障碍

尽管 PTSD 的核心症状为：重新体验症状、回避症状和警觉性增高症状。但是，儿童与成人的临床表现不完全相同。年龄愈大，重现创伤体验和警觉性增高症状越明显；年龄越小，其临床表现就有其特殊性。成人大多主诉与创伤有关的恶梦、梦魇；儿童因为大脑语言表达、词汇等功能发育尚不成熟的限制常常描述不清恶梦的内容，时常从恶梦中惊醒、在梦中尖叫，也可主诉头痛、胃肠不适等躯体症状。研究指出：儿童重复玩某种游戏是回闪或闯入性思维的表现之一。值得注意的是，PTSD 会阻碍儿童日后独立性和自主性等健康心理的发展。

2.1 重新体验

儿童行动、使用或者感觉事件再发生。

儿童常有噩梦，且噩梦的内容不清晰。

儿童有事件的回放（回忆过去）或脑中反复跳出图象。

2.2 回避

儿童也许避免谈论创伤事件。

儿童也许避免活动、接触也许提醒他创伤事件的地方或者人。

儿童在面对令人愉快的事上也许有麻烦与朋友和家庭相处，或者丢失兴趣。

儿童可能不表现出他的感觉或与他年轻的年龄不相适应。

儿童也许看自己将来没有希望，也许也担心在童年死去。

2.3 应激增加

儿童容易受到情感伤害。

儿童有突然的悲伤、恐惧或者愤怒的感觉。

儿童感到紧张，跳动，慌张或者急躁。

儿童在学校有问题或麻烦，要被注意。

儿童有睡眠问题。

3. 创伤后应激障碍的共病

PTSD 可以共病焦虑、抑郁、物质依赖等多种精神疾患，也可以共病高血压、哮喘等心身疾病。

3.1 共病精神疾患：焦虑、抑郁、睡眠障碍、物质依赖（酒精、药物）等多种精神疾患。

3.2 共病心身疾病：高血压、支气管哮喘等、消化性溃疡、肥胖、肿瘤及其他心身疾病。

据 Roca 等报道，对 129 名主诉记忆障碍的 PTSD 士兵（DSM-IV 诊断标准）用临床心理测验量表（韦氏力量表）以及症状自评量表（贝克抑郁量表、简明症状量表以及分离体验量表）分别检验患者的智能、记忆以及主观记忆方面的能力下降情况。结果发现：患者的记忆评分与智商、语言记忆指数等无相关，而与抑郁量表及简明症状量表等显著相关。提示 PTSD 患者主诉记忆障碍并不能真正反映记忆损害，相反它提示了共病情绪障碍的危险性。Engel 等研究参加海湾战争的 21224 名美国士兵，其中诊断为 PTSD

的患者平均每人有 6.7 项躯体主诉, 非 PTSD 患者仅 1.2 项主诉。

Barry 研究指出, 约 60% 的 PTSD 患者至少共病国际睡眠障碍分类 (The International Classification of Sleep Disorder) 中的 1 种, 或 DSM-IV 中的 3 种睡眠障碍。Mayou 等研究交通事故幸存者发现, PTSD 还增加了高血压、支气管哮喘、消化性溃疡、肥胖、肿瘤及其他心身疾病的患病危险性; 并且, 幼年有创伤经历的 PTSD 患者更易发生共病问题。如前述 Brimes 对 8 名空难幸存者的研究支持此观点, 研究发现, 有 2 名患者幼年期曾有过创伤体验。

Herman 等经过研究指出, 战争所致 PTSD 可持续 50 年, 并且共病抑郁的患者自杀危险性亦增加。简而言之, PTSD 会给个人、家庭、社会带来沉重的心理、生理和经济等方面的负担。

研究指出, 战争所致 PTSD 可持续 50 年, 并且共病抑郁的患者自杀危险性亦增加。简而言之, PTSD 会给个人、家庭、社会带来沉重的心理、生理和经济等方面的负担。

4. 创伤后应激障碍的危险因素

创伤后应激障碍的危险因素包括:

精神障碍的家族史与既往史, 童年时代的心理创伤 (如遭受性虐待、10 岁前父母离异), 性格内向及有神经质倾向, 创伤性事件前后有其他负性生活事件, 家境不好, 躯体健康状态欠佳。

由个体人格特征, 教育程度, 智力水平, 信念和生活态度等形成个体易患性的影响等。

上述因素影响了对精神性创伤经历的反应强度, 包括控制力、预见性和觉察威胁的程度。尝试对自身或其他人最小损伤的能力以及现实的困惑。

如果患者被伤害或出现疼痛、发热或感冒, 能够加剧生物和心理的体验。

5. PTSD 患者存在高自杀危险性

PTSD 患者的自杀危险性远远高于普通人群, 高达 19%。这是因为 PTSD 患者不但具有自身的独特的症状学特征, 还常常伴有不同程度的焦虑、抑郁情绪, 某些患者其严重程度甚至达到合并诊断情绪障碍的标准: 包括抑郁症、焦虑症等。此外, 由于 PTSD 患者警觉水平的提高, 使得患者对自身躯体健康状况的关注加强, 并伴发严重的睡眠障碍, 相关研究表明, 约 60% 的 PTSD 患者至少共病国际睡眠障碍分类中的 1 种, 或 DSM-IV 中的 3 种睡眠障碍。同时长期的精神紧张和失眠也会加重机体的生理负荷, 增加了诸如高血压, 冠心病, 消化性溃疡, 肿瘤和其他心身疾病的发病风险。这些躯体因素与心理因素相互作用的结果, 往往会进一步降低 PTSD 患者对心理创伤和社会生活压力的应对能力, 加深他们的主观绝望感, 从而提高了他们的自杀风险。

第二节 创伤后应激障碍的识别与诊断

一、对创伤后应激障碍的识别

对创伤后应激障碍的诊断, 是按美国《诊断与统计手册: 精神障碍, 第四版修订本》(DSM-IV-TR) 和国际《疾病和有关健康问题的国际统计分类第 10 版修订本》(ICD-10-E), 并参考《中国精神障碍分类与诊断标准第 3 版》(CCMD-3)。这三个诊断标准在对创伤后应激障碍的诊断方面基本接轨。综合这三个标准, 对创伤后应激障碍的识别有以下几点:

- 1、暴露于某一创伤应激事件;
- 2、有持续地重新体验的症状;
- 3、有回避及麻木的症状;
- 4、有警觉性增高的症状;
- 5、症状持续时间至少一个月;
- 6、有明显的痛苦或社会功能障碍。

二、美国诊断标准（DSM-IV-TR）

美国《诊断与统计手册：精神障碍，第四版修订本》（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, TR），缩写为 DSM-IV-TR。在 DSM-IV-TR 中，创伤后应激障碍的诊断标准如下：

1. 患者曾暴露于某一创伤性事件，存在以下二种：

(1) 患者亲自体验、目睹、或遭遇某一或数件涉及到真正的或几乎招致的死亡或严重的损伤，或者涉及到自己或他人躯体完整性遭到威胁的事件；

(2) 患者有强烈的害怕、无助、或恐惧反应。注：如是儿童，则代之表现为紊乱或激越的行为。

2. 以下列 1 种（或多种）的方式持续地重新体验到这种创伤事件：

(1) 反复闯入性地痛苦地回忆起这些事件，包括印象、思想、或知觉。注：如是幼儿，反复地进行表达创伤主题或一些有关的游戏。

(2) 反复而痛苦地梦及此事件。注：如是儿童，可能是令人可怕的梦而讲不清内容。

(3) 似乎创伤事件正在重现的动作或感受（包括这种体验、错觉、幻觉、及分离性闪回发作于再现之时的感觉，包括发生了意识清醒时或酒醉时）。注：如是幼儿，可出现特殊创伤的再现。

(4) 暴露于作为此创伤事件的象征或很相象的内心或外界迹象之时，出现强烈的心理痛苦烦恼。

(5) 暴露于作为此创伤事件的象征或很相象的内心或外界迹象之时，出现生理反应。

3. 对此创伤伴有的刺激作持久的回避，对一般事物的反应显得麻木（在创伤前不存在这种情况），如下列之 3 项以上：

(1) 努力避免有关此创伤的思想、感受、或谈话。

(2) 努力避免会促使回忆起此创伤的活动、地点、或人物。

(3) 不能回忆此创伤的重要方面。

(4) 明显地很少参加有意义活动或没有兴趣参加。

(5) 有脱离他人或觉得他人很陌生的感受。

(6) 情感范围有所限制（例如，不能表示爱恋）。

(7) 对未来没有远大设想（例如，不期望有一个好的职业、婚姻、儿女、或正常生活享受）。

4. 警觉性增高的症状（在创伤前不存在），表现为下列 2 项或以上：

(1) 难以入睡，或睡得不深；

(2) 激惹或易发怒；

(3) 难以集中注意；

(4) 警觉过高；

(5) 过分的惊吓反应。

5. 病期（B、C 及 D 的症状）超过 1 月。

6. 此障碍产生了临床上明显的痛苦烦恼，或在社交、职业、或其他重要方面的功能缺损。

7. 分类：

(1) 急性 PTSD：病期在 3 月之内。

(2) 慢性 PTSD：病期在 3 月以上。

(3) 延迟性 PTSD：如症状在创伤事件后至少 6 月才发生。

三、国际诊断标准（ICD-10-E）

在 2007 年的《疾病和有关健康问题的国际统计分类第 10 版修订本》（ICD-10-E）中，创伤后应激

障碍的诊断标准如下：

创伤后应激障碍，是对异乎寻常的威胁性或灾难性应激事件或情境的延迟的和 / 或延长的反应，这类事件几乎能使每个人产生弥漫的痛苦（如天灾人祸，战争，严重事故，目睹他人惨死，身受酷刑，成为恐怖活动、强奸、或其它犯罪活动的受害者）。人格特质（如强迫、衰弱）或既往有神经症性疾病的历史等易感因素可降低出现这类综合症的阈值或使其病情更重，但用这些易感因素解释症状的发生既非必要也不充分。

典型的症状包括：在“麻木”感和情绪迟钝的持续背景下，不断地在闯入的回忆（“闪回”）或梦中反复再现创伤，与他人疏远，对周围环境漠无反应，快感缺乏，回避易使人联想到创伤的活动和情境。一般而言，有可能使患者想到原来创伤的线索都是害怕和回避的对象。偶尔可见戏剧性的急性暴发恐惧、惊恐或攻击，这些由一些突然唤起对创伤或原来反应的回忆和 / 或重演的刺激起扳机作用而促发的。

通常存在植物神经过度兴奋状态，表现为过度警觉、惊跳反应增强、失眠。焦虑和抑郁常与上述症状和体征并存。自杀观念也非罕见。另一个使情况复杂化的因素是过度饮酒和服用药物。

创伤后，发病的潜伏期从几周到数月不等（但很少超过 6 个月）。病程有波动，大多数病人可望恢复。少数病例表现为多年不愈的慢性病程，或转变为持久的人格改变。

本障碍的诊断不宜过宽。必须有证据表明它发生在极其严重的创伤性事件后的 6 个月内。但是，如果临床表现典型，又无其它适宜诊断（如焦虑或强迫障碍，或抑郁）可供选择，即使事件与起病的间隔超过 6 个月，给予“可能”诊断也是可行的。除了有创伤的依据外，还必须有在白天的想象里或睡梦中存在反复的、闯入性的回忆或重演。常有明显的情感疏远、麻木感，以及回避可能唤起创伤回忆的刺激。但这些都非诊断所必需。植物神经紊乱、心境障碍、行为异常均有助于诊断，但亦非要素。

四、中国诊断标准(CCMD-3)

中国诊断标准是由中华精神科学会于 2000 年颁布的《中国精神障碍分类与诊断标准第 3 版》(CCMD-3)。在创伤后应激障碍的诊断标准中，2008 年 7 月由中国卫生部修改了病程。其诊断标准如下：

1. 主要表现

创伤后应激障碍是由异乎寻常的威胁性或灾难性心理创伤，导致延迟出现和长期持续的精神障碍。主要表现为：

(1) 反复发生闯入性的创伤性体验重现（病理性重现）、梦境，或因面临与刺激相似或有关的境遇，而感到痛苦和不由自主地反复回想；

(2) 持续的警觉性增高；

(3) 持续的回避；

(4) 对创伤性经历的选择性遗忘；

(5) 对未来失去信心。少数病人可有人格改变或有神经症病史等附加因素，从而降低了对应激源的应对能力或加重疾病过程。精神障碍延迟发生，在遭受创伤后数日甚至数月后才出现，病程可长达数年。

2. 症状标准

(1) 遭受对每个人来说都是异乎寻常的创伤性事件或处境（如天灾人祸）；

(2) 反复重现创伤性体验（病理性重现），并至少有下列 1 项：① 不由自主地回想受打击的经历；② 反复出现有创伤性内容的恶梦；③ 反复发生错觉、幻觉；④ 反复发生触景生情的精神痛苦，如目睹死者遗物、旧地重游，或周年日等情况下会感到异常痛苦和产生明显的生理反应，如心悸、出汗、面色苍白等；

(3) 持续的警觉性增高，至少有下列 1 项：① 入睡困难或睡眠不深；② 易激惹；③ 集中注意困难；④ 过分地担惊受怕；

(4) 对与刺激相似或有关的情境的回避，至少有下列 2 项：① 极力不想有关创伤性经历的人与事；

②避免参加能引起痛苦回忆的活动，或避免到会会引起痛苦回忆的地方；③不愿与人交往、对亲人变得冷淡；④兴趣爱好范围变窄，但对与创伤经历无关的某些活动仍有兴趣；⑤选择性遗忘；⑥对未来失去希望和信心。

3. 严重标准：社会功能受损。

4. 病程标准

精神障碍延迟发生（即在遭受创伤后数日至数月后，罕见延迟半年以上才发生），符合症状标准至少已1个月（2008年6月修订此条）。

5. 排除标准

排除情感性精神障碍、其他应激障碍、神经症、躯体形式障碍等。

第三节 创伤后应激障碍的心理评估

近年来，很多研究都在发展和检测可靠的测量评估工具。通常认为最好的诊断 PTSD 或其他精神失调的方法，是结合结构性访谈和自评的问卷。多元化的方法特别有助于检测一些否认或夸大他们症状的患者。

一、常用的 PTSD 量表

在 DSM-IV-TR 中，三大核心症状共有 17 条。目前，PTSD 的评估量表大多数是根据这 17 条进行编制的。

1. 临床医师专用 PTST 量表（Clinician-Administered PTSD Scale, CAPS）

CAPS 包括 30 个项目。用以分析和诊断 PTSD 的全部 17 种症状。以及与其相关、经常可以观察到的特征。CAPS 同时也包括社会与职业功能的评分，以及对病情的反应态度的评估。完整测试大约需要一个小时。若只进行症状测试以便于诊断，大约需要半小时。

2. PTSD 症状会谈量表（PTSD Symptom Scale Interview, PSS-I）

由 PTSD 的 17 项标准症状组成问卷，并按 0-3 分的四个等级评分。完成时间约 20 分钟，可在临床上广泛应用。

3. 创伤后应激障碍自评量表（post-traumatic stress disorder self-rating scale, PTSD-SS）

由包括 PTSD 的 17 项标准症状在内的 24 个项目组成。项目分为可划分为对创伤事件的主观评定、反复重现体验、回避症状)、警觉性增高 和社会功能受损 5 个部分。采用 5 级评分法。

4. 事件影响量表（The Impact of Event Scale – Revised, IES-R）

IES 为 15 项，修订版（IES-R）为 22 项，包含了 PTSD 的三大核心症状。按 0-4 分的五个等级评分。完成时间为 20-30 分钟。

5. 创伤后应激的宾思量表（Penn Inventory for Post-traumatic Stress）

问卷共 26 个项目，用于意外事件的受害者和退伍军人。

6. 与战争有关的 PTSD 密西西比量表（Mississippi Scale for Combat-Related PTSD）

问卷共 35 个项目，并按 1-5 分的五个等级评分。主要用于测量与战争有关的 PTSD。

7. 创伤后诊断量表（Post-traumatic Diagnosis Scale, PTDS）

PTSD 在评估时，开始用 12 个问题来检核个体可能遭受过的创伤事件。然后，用 17 项症状的四级

评分法来评估过去 30 天内每项症状发生的频率。

8. PTSD 检测表 (PTSD Checklist, PCL)

有普通民众使用或军人使用的两种版本, 17 项症状作为评定项目。发生频率按 4 级评分法, 严重程度按 5 级评分法。

9. 明尼苏达第二版的肯恩 PTSD 量表 (Keane PTSD Scale of the MMPI-2)

由 42 个从明尼苏达人格测验第二版 (MMPI-2) 中抽取的项目组成。主要测定 PTSD 患者的异常人格特征。

二、常用的其他心理卫生量表及心理测验的使用

1. 心理卫生量表

PTSD 除了三大核心症状外, 还伴有抑郁、焦虑、恐惧、疑病、躯体化等表现。采用一些通用的心理卫生评估量表, 可以客观了解患者的症状。心理卫生评估量表包括评定式 (由心理师进行评定) 和自陈式 (由患者自行评定) 两类。

常用的评定式量表有: 汉密顿抑郁量表 (HAMD)、汉密顿焦虑量表 (HAMA)、神经精神病学临床评定表 (SCAN) 等。

常用的自陈式量表有: 抑郁自评量表 (SDS)、焦虑自评量表 (SAS)、症状自评量表 (SCL-90)

2. 心理测验

为了客观了解 PTSD 患者, 尤其是慢性和迁延性患者的能力和个性变化, 在临床诊断和疗效观察中, 往往会对患者进行一些标准化的心理测验。

能力测验的常用方法有: 韦克斯勒智力量表 (Wechsler Scale, WS)、考夫曼儿童智力测验 (Kaufman Assessment Battery for Children, KABC)、瑞文测验 (Ravens Progressive Matrices) 等。

个性测验的常用方法有: 艾森克个性问卷 (Eysenck Personality Questionnaire, EPQ)、明尼苏达多相个性调查 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)、卡特尔 16 因素人格问卷 (Sixteen Personality Factor Questionnaire, 16PF)、罗夏墨迹测验 (Rorschach Inkblot Test) 等。

第四节 创伤后应激障碍的干预与处理

一、PTSD 的心理治疗原则

1. 全面认识心理干预的作用

重大生活事件导致个体心理失衡状态又称危机, 给予及时处理或干预, 即为危机干预。换言之, 危机干预是恢复危机前的心理平衡状态, 主要是有针对性地采取一些措施纠正情绪失衡状态。从理论上讲, PTSD 是一种延迟性的心身障碍, 对其采用的干预措施是心理干预和医学干预。危机干预只是针对其心理危象, 如自杀倾向和伤害他人。危机干预的目的是预防疾病、缓解症状、减少共病、阻止迁延。干预重点是预防疾病和缓解症状。

对幸存者、死难者亲属、参与救援者均可进行危机干预。与改变人类行为的其他任何努力一样, 危机干预同样也存在着危险。其中之一是不成熟的干预, 不仅浪费宝贵的资源, 而且还干扰某些受害者的创伤自然恢复过程。因此, 首先要明确危机的性质, 然后再考虑是否需要干预、如何干预、以及估计帮助的后果, 要避免对危机进行急功近利、哗众取宠等不成熟的危机干预。心理疏泄治疗虽然是目前用于帮助创伤和危机个体的最常用方法之一, 迅速推广它仍需要慎重考虑。但 PTSD 干预中良好的治疗性医患关系非常重要, 它能降低干预产生不良后果的可能性, 因此, 治疗师如何与患者建立起信任和合作关系以利于早期疏泄干预尤为重要。

不同人群、不同个体、不同应激事件所致 PTSD 的患病危险性不完全相同，并且 PTSD 会阻碍儿童心理正常健康发展。PTSD 可以共病焦虑、抑郁、物质依赖等精神疾病，也可以共病高血压、支气管哮喘等躯体疾病。共病抑郁增加了患者的自杀危险，PTSD 的自杀率为 19%。目前的研究表明，PTSD 的心理危机干预效果不肯定，其可能的影响因素有：①缺乏 PTSD 危机干预的经验，即干预技术不成熟，对不同的创伤选择的干预措施不恰当；②对 PTSD 干预效果评定项目不全面，PTSD 存在共病，评定不应局限于 PTSD 的特征症状的消失或减少；③心理治疗受医患关系的影响而效果不同；④有待于研究新的更有效干预技术。

2. 倾听技术——听比说重要

在对 PTSD 患者的心理干预中。心理会谈时最基本和最主要的方法。心理会谈技术包括听和说两个方面。在会谈中，特别是在初次会谈中，善于听要比说些什么更重要。心理治疗师耐心细致地听当事人叙述自己的苦恼，本身就是对他的安慰和鼓励；只有很诚恳地去听，他才能讲出自己生活中的重要事件。无论是面对哪种类型的当事人，心理师一定要耐心地听取他们愿意谈出来的任何事情。

当然，这并不是说心理师一言不发，在初次会谈时，心理师的自我和谈一点与当事人无关的问题是必要的，这样可以缓解咨询气氛，进入会谈以后，心理治疗师随时要表现出对当事人谈的问题感兴趣，注意听而且要听懂。这种熟练的倾听技术，就是打开当事人内心世界的钥匙。

3. 非评判性态度

心理师在和当事人谈话时，不要轻易表现自己的意见，只能持一种非评判态度。罗杰斯曾经说过：“当看着日落时，我闪不会想去控制日落，不会命令太阳右侧的天空呈桔黄色，也不会命令云朵的粉红色更浓些，我们只能满怀敬畏心情观望而已。”对当事人的非评判性态度，就好比望着日落那样。这种态度是使来访者感到轻松的重要因素，它可使当事人无所顾虑，从而把内心世界完全展示出来。

心理师的这种非评判性态度，不仅体现在言语上，而且还要体现在表情和行为上。在心理会谈过程中，应该采用开放式提问。诸如下列的话是不能讲的。例如：“你这种想法不对”；“你的做法不合适”；“这件事不符合原则”等等。这种评判性的结论，不能随意给出，所以在初次会谈中更不能使用。一旦说出这类话来，咨询的和谐气氛就会立即改变。

4. 灵活运用会谈计划

制订会谈计划是为了使心理干预的目的和方向更为明确。但在具体的运用过程中，要根据当事人的情况随时进行调整。因为在初次会谈中，心理师也许会对当事人会产生某种倾向性，而这种倾向性也可能贯穿在整个干预的过程中。但从另一方面看，当事人在初次会谈时暴露出的一些情况，不一定完全反映了他的真实情况，可能有意无意地带有掩饰性。如果心理师一旦形成了心理定势，可能会影响咨询效果。因此在会谈计划拟定后，心理师要注意以下几点：其一，在会谈中要有高度的洞察力，不要偏重于某些现象；其二，要根据情况灵活作出判断，以决定在什么时候获得更多的信息和了解当事人的情感是适宜的，什么时候是不合适的；其三，当工作计划与当事人后来暴露出的情况发生严重冲突时，要随时调整计划，不要一味用自己的观点强加于当事人身上，而且，这种调整又不能使当事人明显察觉。更重要的是，要防止当事人出现心理依赖综合征。

5. 区别情绪与行为

任何人在经历任何一件事或认识某种事物时，总有主观和客观上不一致的时候。在对某种事作出反应时，情绪状况和行为活动并不一定完全一致。有心理障碍的当事人，在这方面可能表现得更明显。因此，心理师在谈话中，对当事人的情绪和行为要加以区别。也就是说，既要了解他们的行为，也要了解他们的情绪。在当事人只有情绪反应而无行为活动时，咨询的重点是要帮助来访者正确认识自己，谈话的内容也要集中在调整情绪方面。当当事人的行为活动偏离常态时，咨询的重点要放在行为矫正上。当心理师发现当事人对某些问题的看法与实际表现不一致时，应通过其他途径进一步了解情况。

6. 保密原则

尊重当事人的权利和隐私，是心理师最基本的职业道德之一。由于当事人对心理师的高度信任，常常把自己从不被人知道的隐私全部暴露出来。如果心理师对当事人的隐私有意或无意地进行议论，不但损害了自身的形象，还可能导致一些急性应激事件，给当事人带来第二次心理创伤，使心理干预陷入极为被动的局面。从另外一方面来看，由于在社会环境中还存在着对心理干预的内容和技术有一些歪曲的认识，强调保密原则也是对心理师进行自身保护的一种必要措施。

二、悲伤辅导

悲伤辅导是协助人们在合理时间内，引发正常的悲伤，并健康地完成悲伤任务，以增进重新开始正常生活的能力。其终极目标是协助生者处理与逝者之间因为失落而引发的各种情绪困扰并完成未竟事务。悲伤辅导有四个特定目标：（1）增加失落的现实感。（2）协助当事人处理已表达的或潜在的情感。

（3）协助当事人克服失落后再适应过程中的障碍。（4）鼓励当事人向逝者告别，以健康的方式，并坦然地重新将感情投注在新的关系里。

三、眼动减敏及重整法（EMDR）

眼动减敏及重整法（Eye Movement Desensitization and Reprocessing），是一种可以在短短数次晤谈之后，便可在不用药物的情形下，有效减轻心理创伤程度及重建希望和信心的治疗方法。可以被减轻的心理创伤症状包括“长期累积的创伤痛苦记忆”、“因创伤引起的高度焦虑和负面的情绪”，及“因创伤引起的生理不适反应”等。因接受 EMDR 治疗而可以建立起的正面效果，则包括“健康积极的想法”及“健康行为的产生”等。

在一次 EMDR 的疗程中，通常患者被要求在脑中回想自己所遭遇到的创伤画面、影像、痛苦记忆，及不适的身心反应（包括负面的情绪），然后根据治疗师的指示，让患者的眼球及目光随着治疗师的手指，平行来回移动约 15~20 秒。完成之后，请患者说明当下脑中的影像及身心感觉。同样的程序再重复，直到痛苦的回忆、及不适的生理反应（例如心跳过快、肌肉紧绷、呼吸急促）被成功地“敏感递减”为止。若要建立正面健康的认知结构，则在程序之中，由治疗师引导，以正面的想法和愉快的心像画面植入患者心中。

EMDR 的基本理论假设为：人会遭遇到不幸的事件，但人们也有一种内在的本能去冲淡和平衡不幸事件所带来的冲击，并从中学习使自己成长和茁壮。

EMDR 的治疗程序包括了八个阶段，简述如下：

1. 病史检验

在第一个阶段，要评估患者是否适合接受此一疗法，及订出合理的治疗目标和可能的疗效。

2. 准备期

帮患者预备好进入重温创伤记忆的阶段，教导放松技巧，使患者在疗程之间可以获得足够的休息及平和的情绪。

3. 症状评估

用相应的 PTSD 量表，评估患者的创伤影像、想法，和记忆为何，分别出何者严重，何者较轻。

4. 敏感递减

实际操作动眼和敏感递减阶段，以逐步消除创伤记忆。

5. 植入

以指导语对患者植入正向自我陈述和光明希望，取代负面、悲观的想法以扩展疗效。

6. 观照

把原有的灾难情况画面，和后来植入的正向自我陈述和光明想法，在脑海中连结起来，虚拟练习「以新的力量面对旧有的创伤」。

7. 准备结束

准备结束治疗，若有未及完全处理的情形，以放松技巧、心像、催眠等法来弥补，并说明预后及如何后续保养。

8. 疗效评估

总评疗效和治疗目标达成与否，再制订下次的治疗目标。

在美国，目前 EMDS 主要用于单一因素（暴力、强奸、车祸等）所致的 PTSD，对复合因素（如战争、灾害等）所致的 PTSD，一般不采用。

四、放松训练

放松训练技术是一种帮助 PTSD 患者处理心理压力的很好方式。放松不仅仅是内心的平和，也是减少应对生活的挑战对心灵和身体的磨损的过程。

无论患者是否在生活中承受些压力或者已经将它控制住，都可以在学习放松技术中受益。学习基本的放松技术并不难。去探索这些简单的放松技术，可以让患者开始应对他的生活和改善健康状况。

在 PTSD 的治疗和创伤心理卫生工作中，放松技术是最常用的心理行为训练技术之一。

常用的放松技术有：呼吸放松、肌肉放松、想象放松、神经肌肉渐进放松训练等。

五、其他常见的心理治疗方法

1. 认知行为疗法（Cognitive-behavioral therapy, CBT）

认知和行为的这种相互作用关系在 PTSD 患者身上常常表现一种恶性循环，即错误的认知观念导致不适应的情绪和行为，而这些情绪和行为也反过来影响认知过程，给原来的认知观念提供证据，使之更为巩固和隐蔽，使症状越来越严重。因此，在认知治疗中，治疗者常常通过一些行为矫正技术来改变患者不合理的认知观念。这种技术不仅仅针对行为本身，而是时刻把它同患者的认知过程联系起来，并努力在两者之间建立一种良性循环的过程。

认知行为疗法帮当事人确认那些有问题的思维方式。比如：把失去家人的伤痛归咎到自己没有照顾好。认知疗法可以扭转这种信念，比如：“这并不是你的错，你已经尽力了”。

2. 快速暴露疗法（Post Exposure Procedures）

快速暴露疗法也称为满灌疗法，它认为当事人在灾难中学会了那些引起恐惧的想法、感受和场景。治疗过程中，在安全可控的环境下，治疗师会要求当事人一次次重述创伤的过程，直到不再对回忆产生恐惧为止。目的是教会当事人正视并控制恐惧。

快速暴露疗法在治疗的初期往往会使病人产生心动过速等生理不适体验，部分病人甚至会因此而产生逃避行为。因此需要让病人充分地快速暴露疗法的原理和方法，并与病人一同制定治疗计划。对不同病人的暴露速度要在事先有比较准确的估计，否则治疗容易失败。在治疗的后期，即疗效的巩固和维持，主要取决于病人的信心、毅力和坚持。

3. 系统脱敏疗法（Systematic desensitization, SD）

在心理师的帮助下，患者首先回忆较为轻微的创伤性记忆，事务，人物，或场景。与此同时，治疗师教患者运用肌肉、肢体，和呼吸的渐进放松法调解情绪上、身体上、和心理上对于这些创伤性记忆的反应。然后，心理师引导患者逐步回忆越来越强烈的创伤性经历，并让患者使用放松术调节身体和心理的反应。（见右图）



4. 小组治疗（Group therapy）

主要是安排有相同的心理体验、压力感受、焦虑感的 PTSD 患者，通过小组活动进行交流，使这些

“同病相怜”者获得相互的社会支持，这有助于降低小组成员的孤独感，使他们的更有信心，感到充实。

在治疗过程中，心理师与组员一起分享经历，加深理解。组员之间讲述自己的故事和感受，互相支持，讨论如何应对，面对现实而不是过去。

严重事件集体减压（Critical Incident Stress Debriefing, CISD），就是小组治疗的一种形式。

五、PTSD 的医学干预——药物治疗

药物治疗是 PTSD 的重要治疗手段之一。应激早期应用苯二氮卓类（BZ）可预防 PTSD 的发生，但长期应用易导致依赖，停药出现戒断反应，还损害认知功能，不宜首选。选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂（SSRIs）抗抑郁药疗效和安全性好，不良反应轻。被推荐为一线用药。其他新型抗抑郁药和非 BZ 类抗焦虑药疗效较好，不良反应轻，是治疗 PTSD 较有前途的药物。TCAs 和 MAOIs 疗效肯定，但不良反应较多，应用要谨慎。由于各种药物的作用机制不同，一种治疗无效可选用其他药物治疗，并给予合适的疗程和剂量。

理想的药物治疗是能够针对特定的生理心理系统的作用选择特殊类别的药物。然而，目前解答多数关于 PTSD 的药物治疗，还是使用抗抑郁剂和抗焦虑剂。也就是对症治疗。在使用中。应以抑郁、焦虑量表作为临床检测。

药物治疗对 PTSD 病人至少有三种潜在的好处：改善症状、治疗共病疾患、减轻会干扰心理治疗和/或日常功能的相关症状。

应注意一种药治疗无效的病人，可能对另一种有效。因为不同的药作用机制不尽相同，所作用的，症状群也不同。PTSD 对药物治疗起效是相对较慢的，治疗 2 周无效，不能说明该药物无效，4 周时只有 50% 有效，8 周或更长的疗程才更能体现药物的真正疗效，甚至更长的疗程才能获得最佳疗效。

目前用于 PTSD 治疗的药物较多，主要有苯二氮卓类抗焦虑药、抗抑郁药、非典型抗精神病药、抗惊厥药等。早期以三环类抗抑郁剂（TCAs）、苯二氮卓类等为主。近 10 多年来被副反应较少的选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂类（SSRIs）取代。

1. 抗抑郁药

研究表明，三环类抗抑郁药（TCAs）、单胺氧化酶抑制剂（MAOIs）、选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂（SSRIs）等对 PTSD 均有不同程度的疗效。其中 SSRIs 类药物帕罗西汀、氟西汀、舍曲林等疗效和安全性更好，还能提高患者的生活质量，改善睡眠。舍曲林是第一个由 FDA 批准的治疗 PTSD 和其导致的慢性疾病状态的药物。SSRI 不仅对 PTSD 症状有明显改善作用，且可维持疗效，预防复发。并且不仅能改善 PTSD 症状影响的总体功能，而且对 PTSD 的共患疾病和相关症状也有治疗作用。SSRIs 的疗效通常比其他抗抑郁剂肯定，但胃肠道和性方面的副作用限制了他们的应用。

2. 苯二氮卓类（benzodiazepines, BZ）抗焦虑药

BZ 因疗效好，见效快，问世后迅速取代巴比妥类药物成为抗焦虑的首选药。BZ 能降低警觉程度、抑制记忆的再现过程而用于 PTSD 的治疗。BZ 长期应用易导致成瘾，在停药时出现反跳或戒断症状，对老年患者可导致认知功能损害，增加跌倒、骨折的危险，不宜作为首选药物。新型非 BZ 类抗焦虑药如丁螺环酮等，能改善 PTSD 患者的核心症状、认知障碍，不损害精神运动功能，也不导致过度镇静、肌肉松弛和停药综合征。但有眩晕、头痛、恶心等不良反应。其半衰期较短，要求每日规律服药，会影响服药依从性。

苯二氮卓类药物很有用，因为它们起效快。在近期创伤的幸存者中，苯二氮卓类药物可减少焦虑和觉醒，并改善睡眠。然而，长期使用未必有效。在一项针对患有急性应激障碍的创伤幸存者（即创伤后 1-3 个月内发生）的研究中，治疗睡眠短期使用苯二氮卓类药物与创伤后应激症状的急性减少有关。不过，另一项研究发现，早期和长期的使用苯二氮卓类药物，实际上与随后高比率的创伤后应激障碍相关。这一点提示苯二氮卓类药物可用来治疗极端唤醒、失眠、和焦虑，但是对他们的使用应该有时间限制。其他的药物代理对治疗患有急性创伤应激个体的失眠也可能有所帮助。低剂量的 trazadone、nefazadone、以及阿米

替林都是可供选择的。

3. 抗惊厥药物

PTSD 中的睡眠障碍如失眠和噩梦通常对抗抑郁药物反应不良。新型抗惊厥药物常用来加速睡眠，治疗后大部分患者睡眠持续时间有中度或以上的改善，噩梦频率明显降低。

4. 非典型抗精神病药物

有一部分 PTSD 患者存在闯入性的、类似精神病的症状，因此提出具有 5-羟色胺功能特性的抗精神病药物也可用于 PTSD 的治疗。对 PTSD 药物治疗的研究主要集中在 5-HT 抗抑郁药上，然而类精神病性症状是 PTSD 的重要组成部分，非典型抗精神病药具有独特的 5-HT 作用，对 PTSD 会有所帮助。尽管这类药物不作为 PTSD 治疗的首选药物，但可控制行为紊乱症状、情感爆发、自伤等。

5. 甲状腺素

作为 SSRI 类药物治疗的增强剂，尤其是治疗有抑郁症状的 PTSD 患者有更好的疗效。

去肾上腺素的应用尚未研究用于急性应激反应的治疗。但是，与慢性创伤后应激障碍相关的几个公开的实验已经被实施了。这些药物代理对于那些意图控制过度觉醒、易激惹攻击、侵入性记忆和失眠的病人而言是有用的。低剂量的普萘洛尔也被成功地用于作战怯场和行为焦虑之中，因为它调节身体和压力的认知表象。不过，临床医生应该给心血管疾病的幸存者开可乐定、胍法辛和普萘洛尔。这是因为这些药物可能会降低血液压力。此外，如果高血压当事人的血液浓度下降或突然停止，可乐定可引起反弹。此外，医生不应该对糖尿病患者的处方进行限定，因为他们可能会干扰交互调节激素对低血糖的反应性。

六、PTSD 的康复处理

大多数的 PTSD 患者，并不需要住院治疗。即使住院治疗，其住院时间一般为 4-6 周。因此，在门诊治疗时如何选择心理师，在日常生活中应该采取哪些应对措施，就显得非常重要。

（一）门诊治疗的 PTSD 患者如何选择心理师

- 1、尊重你和你的想法；
- 2、鼓励你充分表现自己，当你不同意他所说的时候，不表现出不高兴；
- 3、不低估你的感受，尊重你的感受；
- 4、在你做好心理准备前，不逼着你叙述过程；
- 5、治疗师应该和你一起制定适合你的治疗目标，还应该告知治疗方法、时间长短、如何衡量治疗效果；
- 6、治疗师应该可以回答你提出的任何关于治疗的问题。

（二）PTSD 患者的日常应对方法

- 1、了解 PTSD 的知识，请了解你不是孤立无援的、脆弱的，或者失常的人；你的反应是人类对于灾难的正常应激机能；
- 2、和亲人、朋友、医生讲述你的感受和症状；
- 3、与其他的 PTSD 患友们建立联系，彼此支持；
- 4、能够意识到自己出现紧张（Stress）的症状；
- 5、使用洗澡、听音乐、深呼吸、沉思、瑜伽、祈祷或锻炼的方式来放松；
- 6、你也可以更投入地工作，或参与社区活动，转移注意力；
- 7、不能靠喝酒、吸毒、吸烟等方式来逃避创伤；
- 8、健康饮食、饮水，保证足够睡眠；

9、PTSD 或抑郁的患者可能有自杀的念头，当你有这种念头时，要及时告诉你信任的家人，朋友，或医生。有的地区已有自杀干预热线。请一定使用这些帮助。

10、当一种方法不再能够有效控制你的症状时，你应该马上向心理医生或心理师寻求帮助。

参考文献：

1. National Center of PTSD in USA. (2008). PTSD Symptoms and Treatment (3 Continuing Education Clock Hours), <http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/assessment/>
2. Jessica Hamblen, PhD. (2008). Treatment of PTSD, National Center of PTSD in USA.
3. Pamela Swales, PhD. (2008). Coping with Traumatic Stress Reactions, Ieaq War Clinician Guide, National Center of PTSD in USA., 194-198
4. Louise Newman, MD. (2000). Disaster Mental Health Response Handbook, The NSW Institute of Psychiatry, 79-86
5. Young, Ford, Ruzek, et al. (2007). Disaster Mental Health Service. National Center of PTSD in USA., 29-97
6. Brymer M, Jacobs A, Layne C, et al. (2006). Psychological First Aid. National Child Traumatic Stress Network & National Center for PTSD. USA, 109-118
7. Brady, K.T., Sonne, S.C., & Roberts, J.M. (1995). Sertraline treatment of comorbid post-traumatic stress disorder and alcohol dependence. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 502-505.
8. Davidson, J.R.T., & Fairbank, J.A. (1993). The epidemiology of post-traumatic stress disorder. In J.R.T. Davidson & E. Foa (Eds.), *Post-traumatic stress disorder: DSM-IV and beyond*. Washington: American Psychiatric Press. 149-169
9. Duggan, C., & Gunn, J. (1995). Medium-term course of disaster victims: A naturalistic follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 167, 228-232.
10. Ford, J.D., Ruzek, J.I., & Niles, B.L. (1996). Identifying and treating patients in VA medical care with undetected sequelae of psychological trauma and PTSD. *National Center for PTSD Clinical Quarterly*, 6, 77-82.
11. McFarlane, A.C., & Papay, P. (2002). Multiple diagnoses in post-traumatic stress disorder in the victims of a natural disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 280, 498-504.
12. Murphy, S.A., & Keating, J.P. (2001). Psychological assessment of post-disaster class action and personal injury litigants: A case study. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 473-482.
13. WHO. (2007). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, Version for 2007. <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online>
14. APA. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. <http://www.dsmivtr.org/>
15. Mingyu Deng, et al. (2005). Clinical Assessment of Bipolar Disorders in Frontline Settings, *Psychosomatic Medicine*, 2: 72-76
16. Mingyu Deng, et al. (2006). Sources of Teacher Stress: Beyond Individual Vulnerability or Education Reform, *Psychology and Education for Northern America*, 1: 35-38.
17. Mingyu Deng, et al. (2007). User's Experience for the Mental Health Rehabilitation Services Provided by General Hospital in New York, *Psychosomatic Medicine*, 2: 95-98
18. Mingyu Deng, et al. (2008). Research on the Psychological Status of Psychological Crisis Intervention Professional after Earthquake, *International Behavior Development Research*, 3: 135.
19. 邓明显 郭念峰, 主编 (1997), 咨询心理学-心理咨询、心理测验、心理治疗, 中国科学技术出版社, 62-68
20. 中华精神医学学会 (2001), 中国精神障碍分类与诊断标准第 3 版(CCMD-3), <http://www.ccmd.net.cn/ccmd/>
21. 邓明显, 王友平, 李建明, 等 (2005), 创伤后应激障碍自评量表 (PTSD-SS) 中文版在美国华人社区的应用, *国际中华应用心理学杂志*, (2) 2: 110

22. 邓明显、王友平（2006）.“911”后纽约华人心理干预5年随访报告，国际中华应用心理学杂志，（3）3：145
23. 邓明显，李建明，王友平（2008），心理危机干预概论与地震灾区的危机干预，国际中华应用心理学杂志，（5）：30
24. 邓明显，李建明（2008），危机事件集体减压（CISD），国际中华应用心理学杂志，（5）：36
25. NH，邓明显（2008），救援人员应该如何帮助心理受创的儿童和青少年？国际中华应用心理学杂志，（5）：38
26. 任珏 邓明显（2008），创伤后应激障碍（PTSD）的诊断基础，国际中华应用心理学杂志，（5）：41
27. YB & NH，邓明显（2008），创伤后应激障碍（PTSD）的识别与治疗模式，国际中华应用心理学杂志，（5）：45
28. 邓明显（2008），创伤后应激障碍（PTSD）临床指南，国际中华应用心理学杂志，（5）：47
29. 邓明显，王友平（2008），生命的失落与悲伤辅导，国际中华应用心理学杂志，（5）：74
30. 邓明显（2008）灾难心理卫生与心理急诊处理，国际中华应用心理学杂志，（5）：76
31. 邓明显，等（2008），创伤后应激障碍，百度百科，<http://baike.baidu.com/view/1023908.htm>
32. 邓明显主编（2009），灾害心理卫生手册，（美）国际中华科学技术出版社

——2008年6月10日撰写

2010年3月发表于《国际中华应用心理学杂志》2010年第1期

2010年4月15日再次修订

简明创伤后障碍访谈(BIPD)

邓明显 李青莲 MARY 整理

使用说明

简明创伤后障碍访谈(Brief Interview for Posttraumatic Disorder, BIPD)刊载于 John Briere & Catherine Scott 著的《Principles of Trauma Therapy》(2006, 美国), 主要用于创伤后的半结构访谈。

BIPD 包括用于识别和诊断由于明显的创伤事件导致的急性应激障碍(ASD)、短暂精神病障碍(BPDMS)和创伤后应激障碍(PTSD)的三个筛查表。BIPD 也是一个半结构访谈提纲, 可以在灾后心理干预工作中结合会谈灵活使用。

在遭遇创伤事件后的一个月内, 如果出现重新体验、回避和警觉性增高三大核心症状, 但没有明显的精神病症状, 可以考虑是急性应激障碍。如果出现明显的精神病症状, 可以考虑是短暂精神病性障碍。如果创伤事件发生在一个月以上, 出现三大核心症状, 无论有无明显的精神病症状, 都要考虑是创伤后应激障碍。这三个筛查表, 可以对这三种情况进行初步的评估。

在三个筛查表后, 还有一个相关特征的半结构访谈提纲, 用来确认与创伤后应激相联系或共病的其他问题。

BIPD 编制简单, 操作容易, 可以在灾后心理卫生服务工作中广泛使用。

在本手册后面, 还附上了 DSM-IV-TR (2000) 中关于急性应激障碍、短暂精神病障碍和创伤后应激障碍的诊断标准, 供使用者参考。

大爱无言

献给“4·14”青海玉树大地震的灾区人民和救援人员。

邓明显 博士

国际华人医学家心理学家联合会理事长

IACMSP 灾后心理援助协调中心主任

2010年4月19日, 美国纽约

简明创伤后障碍访谈 (BIPD)

BIPD 是一个用于诊断由于显著的应急源导致急性应激障碍、创伤后应激障碍和短暂精神病性障碍的半结构访谈提纲。

日期： 年 月 日

病人姓名：

性别： 年龄：

评估者姓名：

完成简明创伤后障碍访谈提纲的说明

第一步： 判断创伤性事件发生在一个月之内还是更长事件了，临床表现中是否有精神病性症状。

如果创伤性事件发生在一个月内，没有明显的精神病性症状，则使用急性应激障碍筛查表。

如果创伤性事件发生在一个月内，有明显的精神病症状，则使用有明显应激源的短暂精神病性障碍筛查表。

如果创伤性事件发生在一个月以上，则使用创伤后应激障碍筛查表。

第二步： 根据每一项诊断标准，对于你所评估的病人的情况，如果存在所列出的症状，在其后的（ ）里打 X。

例如，如果一个非精神病性的病人报告，近来反复出现于 3 个月前发生的创伤性事件相关的侵袭性的、痛苦的噩梦以及想法，对环境会联系到该事件的事物感到强烈的心理痛苦，那么，你应该在下列 BIPD 的 PTSD 部分打 X。

B 在过去一个月中，长时间反复地再体验至少出现 1 种的下列症状：

(1) 反复地不自由地出现有关创伤性事件的痛苦回忆，包括影像（ ）、思维（X）或知觉（ ）。

(2) 反复出现关于类似创伤性事件的梦境（噩梦或梦魇）（X）。

(3) 突然发生的情感体验或行为，似乎创伤性事件又在重演（包括创伤经历又重演的感觉（ ）、关于该事件的非精神病性的幻觉（ ）、闪回（ ），这些体验可以发生在清醒或酒醉时）。

(4) 病人在遇到象征或类似该创伤事件某方面的内在或外在线索时，产生强烈的精神痛苦（例如，害怕，愤怒）（X）。

(5) 病人在遇到象征或类似该创伤事件某方面的内在或外在线索时，产生明显的生理反应（例如：出汗、脸色潮红、头昏眼花、心跳加快、呼吸急促）（ ）。

第三步： 检核所有的结果以判断是否有足够多的症状，达到了某一项诊断标准。如果是这样，在“是”的方格里打 X。例如：对于上述病人，你对下列问题的回答应该是“是”并确认。

是的，符合诊断标准 B（至少一个诊断分类已经被作了标记）。

第四步： 检核所有的方格，以决定是否已经符合作出诊断的标准。例如，如果上述病人已经符合诊断标准 A、C、D、E 和 F，你就该在下列问题中选是。

G 是的，符合 PTSD 的诊断标准（对从 A 到 F 的诊断标准都符合）。

在以上例子中，你可以做出创伤后应激障碍的诊断。

第五步： 如果你认为存在某一种障碍，请完成“相关特征”部分来确认与创伤后应激相联系或共病的其他问题。

急性应激障碍（ASD）诊断筛查

该病人有潜在的符合 ASD 诊断的可能（创伤发生的时间在一个月之内，并且没有明显的精神病性症状）_____。

该病人不符合 ASD 诊断（跳到 BPDMS 或 PTSD 部分）_____。

A 患者在过去一个月之内曾暴露于某一创伤事件，存在以下二者：

(1) 患者体验、目睹或遭遇某一时间

涉及他人的死亡（ ）或本人潜在的死亡（ ）

严重涉及自己实际的或潜在的伤害（ ）或对病人自己或他人身体完整性的损害（ ）

童年期有过不恰当的性经历（如性侵害），其中并不一定要有被打击、实际的伤害或暴力（ ）。

(2) 患者对此事件的反应有强烈的害怕（ ）、无助（ ）或恐惧反应（ ），儿童表现为行为紊乱，焦虑不安（ ）。

是的，A1 和 A2 标准都符合（在每一个标准中，至少符合一项）（ ）

不是，A1 和 A2 标准没能都符合（ ）

如果不，停止 ASD 筛查（如果停止筛查，在此做标记_____）如果是，请简要地描述它是何时发生的：_____。

B 病人在体验该痛苦事件时或以后一个月之内，有以下 3 种（或者更多的）解离症状：

(1) 麻木（不能够感受和体验情绪）、与情绪脱离（感觉情绪很远或没有情绪卷入）或者缺乏情绪反应的主观感受（ ）。

(2) 对周围环境的觉察能力减低（ ）。

(3) 现实解体：一种对外在世界知觉/体验的改变，感到陌生或不现实（ ）。

(4) 人格解体：一种对自身知觉/体验的改变，感到自己脱离了——或者像是一个外在的观察者一样——他的内在过程或躯体（例如，灵魂出窍的体验，对自身或身体的一部分的扭曲的感觉）（ ）。

(5) 不能回忆该创伤的重要方面（ ）。

是的，符合 B 标准（B 标准中，至少符合三项）（ ）

不是，没能符合 B 标准（ ）

C 在过去一个月中，该创伤事件是否长期以下述至少一种方式再体验，反复出现的图像（ ）、想法（ ）、梦（ ）、闪回发作（ ）、体验的再活跃感（ ），或者看到该创伤事件的提醒物时感到痛苦（ ）。

是的，符合 C 标准（C 标准中，至少符合一项）（ ）

不是，没能符合 C 标准（ ）

D 在过去一个月中,明显回避能唤起回忆该创伤事件的刺激。例如,想法()、感受、谈话()、活动()、地方()、或人()。

是的,符合**D**标准(**D**标准中,至少符合一项)()

不是,没能符合**D**标准()

E 在过去一个月中,有明显的警觉性增高()或焦虑()的症状。例如,失眠()易激惹()、注意力难以集中()、过分警觉()、惊跳反应过强()、运动不安()。

是的,符合**E**标准(**E**标准中,至少符合一项)()

不是,没能符合**E**标准()

F 在过去一个月中,由障碍引起的具有临床意义的苦恼或者社交()、职业()及其他重要功能的损害()、或者削弱病人进行一些必要的工作的能力()。

是的,符合**F**标准(**F**标准中,至少符合一项)()

不是,没能符合**F**标准()

G 障碍持续至少

(1) 最少两日,至多四周

(2) 障碍出现在创伤事件四周以内。

是的,**G1**和**G2**标准都符合()

不是,**G1**和**G2**标准没能都符合()

符合**ASD**诊断吗?

是的,符合**ASD**的所有诊断标准()

不是,没能符合**ASD**的所有诊断标准()

短暂精神病性障碍（BPDMS）诊断筛查

该病人有潜在的符合 BPDMS 诊断的可能（创伤发生的时间在一个月之内，并且有明显的精神病性症状）_____。

该病人不符合 BPDMS 诊断_____。

A 在过去一个月中，病人曾经历了一次或者数次创伤性事件，这些事件是单独或同时发生的，在病人所处的文化环境中，这样的事件对几乎所有的人都构成显著的应激。

是（ ） 不是（ ）

如果不是，停止 BPDMS 的筛查（如果停止筛查，请_____此处做标记）

如果是，请简要的描述创伤：_____。

B 病人对创伤的反应，至少包括一种如下的症状：

(1) 妄想

如果是，请简要描述：_____。

(2) 幻觉

如果是，请简要描述：_____。

(3) 精神病性的言语紊乱

如果是，请简要描述：_____。

(4) 显著的行为紊乱或紧张性行为

如果是，请简要描述：_____。

是的，符合 B 标准（至少一个诊断分类已经被作了标记）（ ）

不是，没能符合 B 标准（ ）

符合 BPDMS 诊断吗？

是的，符合 BPDMS 的所有诊断标准（ ）

不是，没能符合 BPDMS 的所有诊断标准（ ）

创伤后应激障碍（PTSD）诊断筛查

该病人有潜在的符合 PTSD 诊断的可能（创伤发生的时间在一个月以上）_____。

该病人不符合 PTSD 诊断_____。

A 在一个月之前，患者曾暴露于某一（精神）创伤性事件，存在以下二者：

(1) 患者体验、目睹或遭遇某一时间

涉及他人的死亡（ ）或本人潜在的死亡（ ）

严重涉及自己实际的或潜在的伤害（ ）或对病人自己或他人身体完整性的损害（ ）

童年期有过不恰当的性经历（如性侵害），其中并不一定要有被打击、实际的伤害或暴力（ ）。

(2) 患者对此事件的反应有强烈的害怕（ ）、无助（ ）或恐惧反应（ ），儿童表现为行为紊乱，焦虑不安（ ）。

是的，A1 和 A2 标准都符合（在每一个标准中，至少符合一项）（ ）

不是，A1 和 A2 标准没能都符合（ ）

如果不，停止 PTSD 筛查（如果停止筛查，在此做标记_____）如果是，请简要地描述它是何时发生的：_____。

B 在过去一个月中，长时间反复地再体验至少出现 1 种下列症状：

(1) 反复地不自由地出现有关创伤性事件的痛苦回忆，包括影像（ ）、思维（ ）或知觉（ ）。

(2) 反复出现关于类似创伤性事件的梦境（噩梦或梦魇）（ ）。

(3) 突然发生的情感体验或行为，似乎创伤性事件又在重演（包括创伤经历又重演的感觉（ ）、关于该事件的非精神病性的幻觉（ ）、闪回（ ），这些体验可以发生在清醒或酒醉时）。

(4) 病人在遇到象征或类似该创伤事件某方面的内在或外在线索时，产生强烈的精神痛苦（例如，害怕，愤怒）（ ）。

(5) 病人在遇到象征或类似该创伤事件某方面的内在或外在线索时，产生明显的生理反应（例如：出汗、脸色潮红、头昏眼花、心跳加快、呼吸急促）（ ）。

是的，符合 B 标准（至少一个诊断分类已经被作了标记）（ ）

不是，没能符合 B 标准（ ）

C 在过去一个月中，持续得回避与创伤事件有关的刺激，有普遍性反应迟钝或麻木（创伤前没有这样的情况），至少包括以下三项：

(1) 努力避免有关创伤性事件的思维（ ）、感受（ ）或谈话（ ）。

(2) 努力避免从事或解除可以唤起痛苦记忆的各种活动（ ）、场所（ ）或人（ ）。

- (3) 不能回忆创伤性事件的某些重要方面 ()。
- (4) 对参加重要活动的兴趣显著减退 ()。
- (5) 有与其他人疏远、脱离的感受 ()，或者情感范围显著变窄 (如不能有爱的感受) ()。
- (6) 对未来失去向往、缺乏对未来的想象、希望和打算 (例如，病人不期望有一个好的工作、婚姻、儿女或正常的生活享受) ()。

是的，符合 C 标准 (C 标准中，至少符合三项) ()

不是，没能符合 C 标准 ()

D 出现在创伤事件发生之前所没有的警觉性增高的症状，表现为下列两项以上：

- (1) 难以入睡或易醒 ()。
- (2) 易激惹，或易发怒 ()。
- (3) 注意力难以集中 ()。
- (4) 过分警觉 ()。
- (5) 过分的惊跳反应 ()。

是的，符合 D 标准 (D 标准中，至少符合两项) ()

不是，没能符合 D 标准 ()

E 这些症状持续超过一个月。

是的，符合 E 标准 ()

不是，没能符合 E 标准 ()

F 在过去一个月中，由障碍引起的具有临床意义的苦恼或者社交 ()、职业 () 及其他重要功能的损害 ()、或者削弱病人进行一些必要的工作的能力 ()。

是的，符合 F 标准 (F 标准中，至少发现一种损害形式) ()

不是，没能符合 F 标准 ()

符合 PTSD 诊断吗？

是的，符合 PTSD 的所有诊断标准 ()

不是，没能符合 PTSD 的所有诊断标准 ()

如果是，急性 (如病程在 3 个月之内) _____。

慢性 (如病程在 3 个月以上) _____。

伴延迟起病 (如症状在应激后至少 6 个月才发生) _____。

相关特征

（适用于 BIPD 的所有诊断类别）

如果目前存在，就在“是”后打 X，如果目前不存在，就在“否”后面打 X，如果问题或症状发生在创伤发生之前（不管它现在是否还存在），则在“发病前”后面打 X。注意：对于同一个问题，可以同时打“发病前”与“是”或“否”后面打 X。

(1) 自杀观念：是（ ），否（ ），发病前（ ）

(2) 自杀行为：是（ ），否（ ），发病前（ ）

如果选择是或发病前，请描述（包括评估目前自杀致死的危险性）

(3) 目前或近来的攻击性行为：是（ ），否（ ），发病前（ ）

如果选择是或发病前，请描述（包括评估目前对他人潜在的危险）

(4) 明显的酒精滥用：是（ ），否（ ），发病前（ ）

(5) 明显的物质滥用：是（ ），否（ ），发病前（ ）

如果选择是或发病前，请描述（包括评估目前的成瘾情况）：

(6) 其他相关特征（每一个都要评估）：

A 明显的失望或无望感：是（ ），否（ ），发病前（ ）

B 明显的抑郁：是（ ），否（ ），发病前（ ）

C 对人、动物、场所或其他事物的明显的害怕：是（ ），否（ ），发病前（ ）

D 明显的内疚和羞耻：是（ ），否（ ），发病前（ ）

E 对自身的健康或安全不关心：是（ ），否（ ），发病前（ ）

F 冲动行为：是（ ），否（ ），发病前（ ）

G 不必要的冒险行为：是（ ），否（ ），发病前（ ）

H 情感不稳定或者心境变化大：是（ ），否（ ），发病前（ ）

I 明显的解离症状：是（ ），否（ ），发病前（ ）

J 心身症状或者对躯体过度关注：是（ ），否（ ），发病前（ ）

K 明显的社会退缩：是（ ），否（ ），发病前（ ）

L 对环境或人际关系中的危险的过度警觉：是（ ），否（ ），发病前（ ）

M 性功能失调或障碍：是（ ），否（ ），发病前（ ）

N 明显的人格改变：是（ ），否（ ），发病前（ ）

O 其他明显的特征（请描述）：_____。

是（ ），否（ ），发病前（ ）

表 1. DSM-IV-TR 急性应激障碍诊断标准

<p>A. 患者曾暴露于创伤性事件，存在以下二者：</p> <p>(1) 患者亲自体验、目睹、或遭遇某一或数件涉及到真正的（或几乎会招致）死亡或严重损伤，或者涉及到自己或他人躯体的完整性会遭到威胁的事件。</p> <p>(2) 患者的强烈的害怕、失助、或恐惧反应。</p>
<p>B. 在体验这种令人痛苦事件之时或之后，患者会表现出下列 3 项以上分离性症状：</p> <p>(1) 麻木、脱离、或没有情感反应的主观感觉；</p> <p>(2) 对他（或她）周围的认识能力有所减低（例如，“发呆”）；</p> <p>(3) 现实解体；（自发地诉说外部世界的性质发生了改变，因而显得不真实，如感到现实世界疏远、缺乏生气、似乎是假的或者像舞台，人们在上面表演着规定的角色。而不是自己的精神活动或身体的性质改变。病人一般知道这种改变是不真实的，否则为现实解体妄想。）</p> <p>(4) 人格解体；（一种知觉障碍，特征为自我关注增强，但感到自我的全部或部分似乎是不真实、遥远或虚假的；这种改变发生时，感觉正常而且情感表达能力完整。觉得身体某部变大、变小、分离、嵌合、空虚。自知力一般能保留，否则为人格解体妄想。）</p> <p>(5) 分离性遗忘（即，不能回忆该创伤的重要方面）。</p>
<p>C. 以下列 I 种以上的方式，持续地重新体验到这种创伤事件：反复的印象、思想、梦、错觉、闪回发作、或这种体验的生动再现感；或者是回忆到上述创伤事件时的痛苦烦恼。</p>
<p>D. 对于能引起创伤回忆的刺激，作明显的回避（例如、思想、感受、谈话、活动、地点、人物）。</p>
<p>E. 明显的焦虑或警觉增高症状（例如，难以入睡、激惹、注意不集中、警觉过高、过分的惊吓反应、坐之不安）。</p>
<p>F. 此障碍产生了临床上明显的痛苦烦恼，或在社交、职业、或其他重要方面的功能缺损，或者影响了患者继续其必需的事业，例如花了不少时间去告诉家人这些创伤体验以期获得帮助。</p>
<p>G. 此障碍至少持续 2 天，最多不超过 4 周；并发生于创伤事件之后 4 周之内。</p>
<p>H. 此障碍并非由于某种物质（例如，某种滥用药物、治疗药品）或由于一般躯体情况所致之直接生理性效应，也不可能归于短暂性精神病性障碍。而且也不只是已有的轴 I 或轴 II 障碍的恶化加重。</p>

表 2. DSM-IV-TR 短暂精神病性障碍诊断标准

<p>A. 有至少一种如下症状</p> <ul style="list-style-type: none">(1) 妄想(2) 幻觉(3) 言语紊乱（如经常性离题或不连贯）(4) 明显的行为紊乱或紧张性行为 <p>注：如果症状时所属文化认可的反应模式，则不包括在内</p>
<p>B. 病情发作持续至少 1 天，但不超过 1 月，最后能完全充分地回到病前的功能水平。</p>
<p>C. 此障碍并不能归于伴精神病性表现的心境障碍、分裂情感性精神障碍、或精神分裂症来解释，也不是由于某种物质（例如某种成瘾药物，某种处方药物）或一般躯体情况所致的直接生理效应。</p>
<p>注明：</p> <p>具有明显应激因素（短暂反应性精神病）：如果症状是在某些生活事件之后很快发生，并且显然是对生活事件的反应；这些生活事件在时间上单或联合地起作用，对患者所属文化中的任何人处于类似环境都是显著的应激。</p> <p>不伴有显著的应激因素：如果精神病性症状并非接着发生于生活事件之后，而且也不是对它的反应。虽然这种事件可能几乎对任何处在相似境遇下都会是十分显著的应激。</p> <p>产后起病：分娩后 4 周之内起病。</p>

表 3. DSM-IV-TR 创伤后应激障碍诊断标准

<p>A. 患者曾暴露于某一创伤性事件，存在以下二者：</p> <p>(1) 患者亲自体验、目睹、或遭遇某一或数件涉及到真正的或几乎招致的死亡或严重的损伤，或者涉及到自己或他人躯体完整性遭到威胁的事件；</p> <p>(2) 患者有强烈的害怕、失助、或恐惧反应。注：如是儿童，则代之表现为紊乱或激越的行为。</p>
<p>B. 以下列 1 种（或多种）的方式持续地重新体验到这种创伤事件：</p> <p>(1) 反复闯入性地痛苦地回忆起这些事件，包括印象、思想、或知觉。注：如是幼儿，反复地进行表达创伤主题或一些有关的游戏。</p> <p>(2) 反复而痛苦地梦及此事件。注：如是儿童，可能是令人可怕的梦而讲不清内容。</p> <p>(3) 似乎创伤事件正在重现的动作或感受（包括这种体验、错觉、幻觉、及分离性闪回发作于再现之时的感觉，包括发生了意识清醒时或酒醉时）。注：如是幼儿，可出现特殊创伤的再现。</p> <p>(4) 暴露于作为此创伤事件的象征或很相象的内心或外界迹象之时，出现强烈的心理痛苦烦恼。</p> <p>(5) 暴露于作为此创伤事件的象征或很相象的内心或外界迹象之时，出现生理反应。</p>
<p>C. 对此创伤伴有的刺激作持久的回避，对一般事物的反应显得麻木（在创伤前不存在这种情况），如下列之 3 项以上：</p> <p>(1) 努力避免有关此创伤的思想、感受、或谈话。</p> <p>(2) 努力避免会促使回忆起此创伤的活动、地点、或人物。</p> <p>(3) 不能回忆此创伤的重要方面。</p> <p>(4) 明显地很少参加有意义活动或没有兴趣参加。</p> <p>(5) 有脱离他人或觉得他人很陌生的感受。</p> <p>(6) 情感范围有所限制（例如，不能表示爱恋）。</p> <p>(7) 对未来失去向往，缺乏对未来的希望、想象和打算（例如，不期望有一个好的职业、婚姻、儿女、或正常生活享受）。</p>
<p>D. 警觉性增高的症状（在创伤前不存在），表现为下列 2 项或以上：</p> <p>(1) 难以入睡，或睡得不深；</p> <p>(2) 激惹或易发怒；</p> <p>(3) 难以集中注意；</p> <p>(4) 警觉过高；</p> <p>(5) 过分的惊吓反应。</p>
<p>E. 病期（B、C 及 D 的症状）超过 1 月。</p>
<p>F. 此障碍产生了临床上明显的痛苦烦恼，或在社交、职业、或其他重要方面的功能缺损。</p>
<p>注明：</p> <p>急性：如病期在 3 月之内。</p> <p>慢性：如病期在 3 月以上。</p> <p>延迟起病：如症状在应激后至少 6 月才发生。</p>

灾害心理卫生服务转介表和常用量表

邓明显 MARY 整理

灾后心理卫生服务转介表

通报单位基本数据				
通报单位				通报单位内部案号
通报者	职称	个案管理师	联络电话	
E-mail				联络传真
通报单位类型	<input type="checkbox"/> 公立单位：(<input type="checkbox"/> 卫生局 <input type="checkbox"/> 社会局 <input type="checkbox"/> 卫生所 <input type="checkbox"/> 社福中心 <input type="checkbox"/> 医院 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 其它 _____) <input type="checkbox"/> 私立单位：(<input type="checkbox"/> 宗教志工 <input type="checkbox"/> 民间社福机构 <input type="checkbox"/> 医院 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 其它 _____)			
被转介者 (<input type="checkbox"/> 民众 / <input type="checkbox"/> 工作人员) 基本资料摘要				
姓名	职称		性别	
接案方式	<input type="checkbox"/> 1.电话 <input type="checkbox"/> 2.面谈 <input type="checkbox"/> 3.家访 <input type="checkbox"/> 4.其它 _____			
联络电话	教育程度		使用语言	
联络地址				
病史	<input type="checkbox"/> 1.无 <input type="checkbox"/> 2.曾经看过精神科 <input type="checkbox"/> 3.曾有其它异常身心状况 _____			
身心状况评估	<input type="checkbox"/> 1.睡眠状况恶化 <input type="checkbox"/> 2.食欲明显变差 <input type="checkbox"/> 3.行为反应明显减少 <input type="checkbox"/> 4.酒或药物的使用量明显增加 <input type="checkbox"/> 5.焦虑害怕 <input type="checkbox"/> 6.情绪非常低落 <input type="checkbox"/> 7.有自伤或自杀想法 <input type="checkbox"/> 8.有自伤或自杀行为 <input type="checkbox"/> 9.愤怒 <input type="checkbox"/> 10.攻击 <input type="checkbox"/> 11.极度惶恐、警觉状态 <input type="checkbox"/> 12.其它异常身心状况 _____			
备注				
收案单位 (由收案单位填写)				
收案单位				案号
承办人	职称		接案日期	年 月 日

2. 学习困扰或学习障碍请依特教及相关管道寻求协助，不在本方案优先服务范围。

中小学学生个案心理服务转介单

转介学校	_____市_____县_____区 □小学/□中学		学校 导师	姓名： 电话(O)： 手机：
转介学校电话	主要联络人： 电话(O)：	职称： 手机：	家长/监护人	姓名： 电话(O)： 手机：
学生姓名		性别 □男 □女	班级	年 班
问题行为简述	转介期待与目标设定：			
问题行为类别与转介需求勾选	<input type="checkbox"/> 1.外向性适应欠佳行为问题(如偷窃、身体攻击、干扰别人..) <input type="checkbox"/> 2.内向性适应欠佳行为问题(如退缩、自卑..) <input type="checkbox"/> 3.情绪障碍(如焦虑、情绪容易冲动..) <input type="checkbox"/> 4.发展障碍(如发展迟缓、智能不足、自闭症..) <input type="checkbox"/> 5.注意力缺陷过动症 <input type="checkbox"/> 6.学习障碍(如读写障碍、阅读障碍..) <input type="checkbox"/> 7.学习适应问题(如上课分心、作业缺交..) <input type="checkbox"/> 8.偏差或特定习惯行为(如口吃、尿床、咬指甲..) <input type="checkbox"/> 9.卫生习惯不良(如不刷牙、不洗澡、抽屉脏乱等..) <input type="checkbox"/> 10.学校适应问题(如惧学、逃学、中辍、拒学..) <input type="checkbox"/> 11.人际关系困扰与退缩(如孤独、人际技巧缺乏..) <input type="checkbox"/> 12.严重自我伤害问题(如自我伤害、自杀..) <input type="checkbox"/> 13.师生冲突问题(如对立反抗、忤逆..) <input type="checkbox"/> 14.亲职教育问题(如亲子冲突、管教态度..) <input type="checkbox"/> 15.亲师冲突问题 <input type="checkbox"/> 16.新兴儿童问题(如外配子女/新台湾之子学习适应..) <input type="checkbox"/> 17.特殊儿童社福问题(如目睹家暴、受暴受虐、疏忽、性侵或安置等) <input type="checkbox"/> 18.家庭结构功能失调问题(如寄养、单亲、失亲、隔代教养..) <input type="checkbox"/> 19.哀伤或受创儿童(如目睹死亡、亲人意外、受灾、肢体受创..) <input type="checkbox"/> 20.其它：			
学校已采取的辅导措施	<input type="checkbox"/> 社工师介入评估与处理(执行者姓名/职称： 联络电话/手机： 接案日期： 年 月) 历程说明： <input type="checkbox"/> 心理评量/鉴定或衡鉴(执行者姓名/职称： 联络电话/手机： 进行日期： 年 月) 结果说明： <input type="checkbox"/> 进行认辅(老师/辅导者姓名： 联络电话/手机： 已进行____个月) <input type="checkbox"/> 亲师沟通(执行者姓名/职称： 联络电话/手机： 已进行____次) <input type="checkbox"/> 参与小团辅(团辅老师/职称： 联络电话/手机： 已进行____次) <input type="checkbox"/> 转介医疗资源(就诊医院/专业人员姓名/职称： 就诊日期： 年 月) <input type="checkbox"/> 个案研讨(日期： 年 月，研讨结论： <input type="checkbox"/> 其它处理：			
转介者/填写人		辅导主任/承办人		校 长
初步接案人员		接案谘商/心理师		督 导

RELEVANT MEDICAL AND PSYCHIATRIC HISTORY: Include routine medications and previous history of trauma.

相关药物和精神病历史记录：包括常规药物治疗和早先精神创伤历史记录

Client's perception of external supports 被监护者对外部支持的感知 good 好 poor 差

PRESENTING

CONDITION: 目前的状态

INTERVENTION 干预

- none 无
- general support 一般支持
- psychological first aid 心理第一支援
- ___specialised mental health treatment 特别心理健康治疗：

DISPOSITION 个人治疗场所倾向

- home 家
- welfare / recovery centre 福利/康复理疗中心
- other temporary accommodation 其它暂时性场所
- other (specify) 其他（请指明）

MENTAL HEALTH FOLLOW UP PLAN

心理健康后续计划

- none 无
- temporary disaster MH program 暂时性灾难后心理健康治疗项目
- general MH services 一般心理健康服务中心
- psychiatric admission 精神治疗
- medical review organic disorder 机能混乱的药物性重检
- other (specify): 其他（请说明）
- URGENT 紧急
- NON-URGENT 不紧急

AROUSAL : (high) 应激反应

- fearful 恐惧
- irritable 易怒
- ___restless 焦虑
- ___anxious 焦躁

OTHER (specify) 其他（请说明）

BEHAVIOUR : COGNITION : (impaired) 认知力下降 (highly disturbed) 行为 (严重扰乱)

- disruptive 扰乱性的
- withdrawn 孤僻
- aggressive 激进
- dangerous to self 自残
- derealization 现实感丧失
- confused 困惑
- disorientated 方向感丧失
- numbing of feelings 感知麻木

ADDITIONAL DETAILS: 附加信息

FOLLOW-UP PLAN: 后续计划

儿童心身症状评估表

以下有十五个陈述,是关于个人面临重大生活事件、意外事故或灾难事件的可能反应。老师们可以就下列这些方向去了解儿童的状况,然后针对过去七天的观察,老师可以藉由观察的结果进行评估。如果「有」这些现象,请圈选「1」,如果「没有」这些现象,请圈选「0」。

最近七天以来的问题	没有	有
1、睡眠困难	0	1
2、对该事件有梦魇	0	1
3、心情沮丧	0	1
4、对突然的噪音或声音感到吃惊	0	1
5、有人际疏离的倾向	0	1
6、容易动怒的情绪	0	1
7、不稳定的心情(心情经常起伏不定)	0	1
8、良心不安、自我责备或罪恶感	0	1
9、对可能会引发回忆该事件的情境感到害怕	0	1
10、身体的紧张性	0	1
11、记忆力受损	0	1
12、注意力集中困难	0	1
13、感觉可以接受现况,规划未来	0	1
14、变得容易怨天尤人	0	1
15、对周遭环境开始有了控制感	0	1

总分 =

若总分等于或大于 7 时,就需要向相关的心理卫生机构求助。

创伤后应激症状筛选表（PTSS-10）

创伤后应激症状筛选表（Post-Traumatic Stress Syndrome 10-Questions Inventory, PTSS-10）是一个简易自填式问卷，共包含 10 题的是非题，可用来筛检个案是否有创伤后应激症状（压力反应），当个案不识字或精神状态不稳定时，会谈者亦可用询问的方式来让个案回答。当个案在 10 个题目中有 5 题以上答“是”时，就需要向相关的心理卫生机构求助。

在灾变后，最近一个星期：

是 否

- 1. 你有睡眠的困难吗？
- 2. 你会感到忧郁(伤心、难过、郁闷、失望、沮丧)？（闽：郁卒、失志、心不清、阿杂、心闷闷、心酸）吗？
- 3. 你对于突然的声音或未预期的动作会感到惊吓吗？
- 4. 你变得较容易生气吗？
- 5. 当回到发生灾变的地方，会不会感到害怕？
- 6. 你的情绪会不会经常容易波动吗？
- 7. 你会感到身体易紧张吗？
- 8. 会感到不愿跟其它人谈话吗？
- 9. 会出现与灾变相关的噩梦吗？
- 10. 会有良心不安，对自己责难或感到愧疚吗？

总分 =

事件影响量表一修订版 (IES-R)

姓名： 年龄： 评定编号： 次数： 日期： 评定者：

指导语：下面列举了遭遇一些应激性事件后人们可能面临的生活不适或困难。请阅读每一个题目，然后请您指出在过去的7天里这些不幸给您带来的痛苦程度。

	没有	轻度	中度	重度	极重
	0	1	2	3	4
1、任何一个关于创伤性事件的提示会引发情绪不安	0	1	2	3	4
2、我的睡眠不好	0	1	2	3	4
3、其它的事物让我一直在考虑这件事	0	1	2	3	4
4、我感到急躁和愤怒	0	1	2	3	4
5、当想起或者别人提起此事的时候，我避免让自己烦恼	0	1	2	3	4
6、当我不愿想的时候却又想到了它	0	1	2	3	4
7、我感觉仿佛没有发生那件事，或者那不是真实的	0	1	2	3	4
8、我远离能使我想起它的东西	0	1	2	3	4
9、脑中突然出现关于它的一些情景	0	1	2	3	4
10、我紧张不安并且容易受惊吓	0	1	2	3	4
11、我尽力不去想它	0	1	2	3	4
12、我明白我仍对它有一些情绪问题，但我不知怎么去处理	0	1	2	3	4
13、我已经对它麻木了	0	1	2	3	4
14、我发现自己在重演，或好像又回到了当时一样	0	1	2	3	4
15、我入睡有困难	0	1	2	3	4
16、我对这件事有很强烈的情绪波动	0	1	2	3	4
17、我尽力将此事忘记	0	1	2	3	4
18、我很难集中注意力	0	1	2	3	4
19、想起它的时候有生理性反应，如出汗、呼吸困难、恶心、心跳加快	0	1	2	3	4
20、梦到过它	0	1	2	3	4
21、感到非常的警觉或者警惕	0	1	2	3	4
22、我尽量不去谈论它	0	1	2	3	4

因子： 回避： 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22
 闯入： 1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20
 高警觉： 4, 10, 15, 18, 19, 21

评分： 1、总均分（总症状指数）=总分/22。它表示从总的来看，被测者处于0-4的哪一个范围内。
 2、因子分 =组成某一因子的各项目总分/组成某一因子的项目数

说明： IES-R 由创伤后应激障碍（PTSD）的17项症状为主组成问卷，并按等级评分。完成时间约15分钟。可以筛选 PTSD 状态的程度及三个核心症状，在临床上广泛应用。

创伤后应激障碍自评量表 (PCL-C)

姓名： 年龄： 评定编号： 次数： 日期： 评定者：

【指导语】下表中的问题和症状是人们通常对一些紧张生活经历的反应。请仔细阅读一个月内打扰您的程度，在右框选择打分。

	一 点 也 不	有 一 点	中 度 的	相 当 程 度	极 度 的
1. 过去的一段压力性事件的经历引起的反复发生令人不安的记忆、想法或形象?	1	2	3	4	5
2. 过去的一段压力性事件的经历引起的反复发生令人不安的梦境?	1	2	3	4	5
3. 过去的一段压力性事件的经历仿佛突然间又发生了、又感觉到了(好像您再次体验)?	1	2	3	4	5
4. 当有些事情让您想起过去的一段压力性事件的经历时, 你会非常局促不安?	1	2	3	4	5
5. 当有些事清让您想起过去的一段压力性事件的经历时, 有身体反应(比如心悸、呼吸困难、出汗)?	1	2	3	4	5
6. 避免想起或谈论过去的那段压力性事件经历或避免产生与之相关的感觉?	1	2	3	4	5
7. 避免那些能使您想起那段压力性事件经历的活动和局面?	1	2	3	4	5
8. 记不起压力性经历的重要内容?	1	2	3	4	5
9. 对您过去喜欢的活动失去兴趣?	1	2	3	4	5
10. 感觉与其他人疏远或脱离?	1	2	3	4	5
11. 感觉到感情麻木或不能对与您亲近的人有爱的感觉?	1	2	3	4	5
12. 感觉好像您的将来由于某种原因将被突然中断?	1	2	3	4	5
13. 入睡困难或易醒?	1	2	3	4	5
14. 易怒或怒气爆发?	1	2	3	4	5
15. 注意力很难集中?	1	2	3	4	5
16. 处于过度机警或警戒状态?	1	2	3	4	5
17. 感觉神经质或易受惊?	1	2	3	4	5

总分=

【评估】参考值范围为 38~47

17-37 分：无明显创伤后应激障碍症状

38-49 分：有一定程度的创伤后应激障碍症状

50-85 分：有较明显创伤后应激障碍症状，可能被诊断为创伤后应激障碍

【说明】创伤后应激障碍自评量表 (PTSD Checklist – Civilian Version, PCL) 由 PTSD 的 17 项核心症状组成，可以有效地评估 PTSD 的症状与程度。

抑郁自评量表 (SDS)

SDS 采用 4 级记分。标准为：没有或很少时间（为 1 分）；小部分时间（为 2 分）；相当多时间（为 3 分）；绝大部分或全部时间（为 4 分）。

指导语：下面有二十条文字，请仔细阅读每一条，把意思弄明白，每一条文字后有四级评分，表示：没有或偶尔；有时；经常；总是如此。然后根据您最近一星期的实际情况，在分数栏 1~4 分适当的分数下划“√”。

	没有或偶尔	有时这样	经常这样	总是如此
1、我觉得闷闷不乐，情绪低沉	1	2	3	4
* 2、我觉得一天之中早晨最好	4	3	2	1
3、我一阵阵哭出来或想哭	1	2	3	4
4、我晚上睡眠不好	1	2	3	4
5、我吃得跟平常一样多	1	2	3	4
* 6、我与异性密切接触时和以往一样感到愉快	4	3	2	1
7、我发觉我的体重在下降	1	2	3	4
8、我有便秘的苦恼	1	2	3	4
9、我心跳比平时快	1	2	3	4
10、我无缘无故地感到疲乏	1	2	3	4
* 11、我的头脑跟平常一样清楚	4	3	2	1
* 12、我觉得经常做的事情并没困难	4	3	2	1
13、我觉得不安而平静不下来	1	2	3	4
* 14、我对将来抱有希望	4	3	2	1
15、我比平常容易生气激动	1	2	3	4
* 16、我觉得作出决定是容易的	4	3	2	1
* 17、我觉得自己是个有用的人，有人需要我	4	3	2	1
* 18、我的生活过得很有意思	4	3	2	1
19、我认为如果我死了别人会生活得更好些	1	2	3	4
* 20、平常感兴趣的事我仍然照样感兴趣	4	3	2	1

总分：

标准分：

把 20 个项目中的各项分数相加，即得到了粗分。用粗分乘以 1.25 后取整数部分。就得到标准分。

结果给出的是标准分，分数越高，表示这方面的症状越严重。一般来说，抑郁总分低于 50 分者为正常；50—60 者为轻度，61—70 者是中度，70 以上者是重度抑郁。阴性项目数表示被试在多少个项目上没有反应，阳性项目数表示被试在多少个项目上有反应。

需要说明：SDS 的 20 个项目中，第 2、5、6、11、12、14、16、17、18、20 共 10 项的计分，必须反向计算，反向计算即按与其相反的频度计分。

SDS 使用简单，不需专门的训练即可指导自评者进行。而且它的分析相当方便，能有效地反映抑郁状态的有关症状及其严重程度和变化，特别适用于综合医院筛选抑郁状态。SDS 的评分不受年龄、性别、经济状况等因素影响。现已广泛应用。

焦虑自评量表(SAS)

SAS 采用 4 级评分,主要评定项目所定义的症状出现的频度,其标准为:“1”没有或很少时间;“2”小部分时间;“3”相当多的时间;“4”绝大部分或全部时间。(其中“1”“2”“3”“4”均指计分分数)

指导语: 下面有二十条文字(括号中为症状名称),请仔细阅读每一条,把意思弄明白,每一条文字后有四级评分。表示:没有或偶尔;有时;经常;总是如此。然后根据您**最近一星期**的实际情况,在分数栏 1~4 分适当的分数下划“√”。

	没有或偶尔	有时这样	经常这样	总是如此
1. 我觉得比平时容易紧张和着急	1	2	3	4
2. 我无缘无故地感到害怕	1	2	3	4
3. 我容易心里烦乱或觉得惊恐	1	2	3	4
4. 我觉得我可能将要发疯	1	2	3	4
*5. 我觉得一切都很好,也不会发生什么不幸	4	3	2	1
6. 我手脚发抖打颤	1	2	3	4
7. 我因为头痛、颈痛和背痛而苦恼	1	2	3	4
8. 我感觉容易衰弱和疲乏	1	2	3	4
*9. 我觉得心平气和,并且容易安静坐着	4	3	2	1
10. 我觉得心跳得快	1	2	3	4
11. 我因为一阵阵头晕而苦恼	1	2	3	4
12. 我有晕倒发作,或觉得要晕倒似的	1	2	3	4
13. 我呼气吸气都感到很容易	4	3	2	1
14. 我手脚麻木和刺痛	1	2	3	4
15. 我因胃痛和消化不良而苦恼	1	2	3	4
16. 我常常要小便	1	2	3	4
*17. 我的手常常是干燥温暖的	4	3	2	1
18. 我脸红发热	1	2	3	4
*19. 我容易入睡并且一夜睡得很好	4	3	2	1
20. 我做恶梦	1	2	3	4

总分:

标准分:

把 20 个项目中的各项分数相加,即得到了粗分。用粗分乘以 1.25 后取整数部分。就得到标准分。

结果给出的是标准分,分数越高,表示这方面的症状越严重。一般来说,焦虑总分低于 50 分者为正常;50—60 者为轻度,61—70 者是中度,70 以上者是重度焦虑。阴性项目数表示被试在多少个项目上没有反应,阳性项目数表示被试在多少个项目上有反应。

需要说明:SAS 的 20 个项目中,第 5、9、13、17、19 共 5 项的计分,必须反向计算,反向计算即按与其相反的频度计分。

SAS 使用简单,不需专门的训练即可指导自评者进行。而且它的分析相当方便,能有效地反映焦虑状态的有关症状及其严重程度和变化,特别适用于综合医院筛选焦虑状态。SAS 的评分不受年龄、性别、经济状况等因素影响。现已广泛应用。

灾后不同人群心理卫生服务技术指导原则

卫生部发《灾后不同人群心理卫生服务技术指导原则》通知

各省、自治区、直辖市卫生厅局，新疆生产建设兵团卫生局：

为指导各地科学、规范地开展灾后重建期心理卫生服务工作，我们组织制定了《灾后不同人群心理卫生服务技术指导原则》(以下简称《指导原则》，电子文本请从卫生部网站下载)。《指导原则》针对灾区群众、灾区救援者、灾区伤员(住院病人)和灾区儿童等四种不同人群，主要适用对象是精神科执业医师及经过认证的心理治疗师。现印发给你们，请参照执行。执行中发现问题请及时反馈我部。

联系人：卫生部疾控局 严俊、金同玲
联系电话：010-68792358、68792656

卫生部办公厅
二〇〇八年七月三日

灾后不同人群心理卫生服务技术指导原则

第一部分 灾区群众

一、灾区群众的定义与心理需求

灾区群众是指因地震导致家园受到破坏、财产损失、亲人死亡、身体受伤甚至致残的群众。灾区群众普遍存在安全感的需求和控制感的需求。

二、常见心理卫生问题的筛查与诊断/确认

在遭受地震灾害以后，可能出现各种心理创伤问题，最常见的有：创伤后应激障碍(PTSD)、适应障碍、焦虑障碍、抑郁障碍、自杀、酒精及药物滥用、躯体形式障碍、创伤后人格改变等。

(一) 筛查

1. 条件允许时要对所有与地震有关的人进行筛查，在专业人员缺乏的情况下，要优先对地震幸存者进行筛查，尤其是儿童、老年人、有婴幼儿的妇女、有躯体伤残以及既往有精神障碍的个体。
2. 经过培训的乡村医生、心理咨询师、志愿者应用量表对灾区人群进行筛查，筛查阳性者由专科医生进行专业诊断。
3. 以创伤事件(心理应激源)筛查病人。按照优先级别，创伤事件依次为：身体严重伤残，丧失亲人，目击灾难现场，社会支持不足，有重大经济损失，具有焦虑、抑郁、幻觉、妄想、兴奋冲动、自杀企图、意识障碍等精神症状。
4. 以临床观察(应激反应)指标进行筛查。主要的应激反应有：明显的躯体反应，明显的认知问题，情绪反应，行为反应，人际关系及个性改变等。

（二）诊断

诊断由精神科医生承担。精神科医生每天要巡视病人，对病人的心理状态进行动态评估，对可疑有精神障碍的病人，进行精神现状检查及病史资料收集，应及时做出精神科诊断和处理，包括药物治疗；或者推荐给心理治疗师进行心理治疗。

三、常见心理卫生问题的医学处置

（一）创伤后应激障碍（PTSD）

创伤后应激障碍（PTSD）是个体经历强烈的精神创伤后导致的最为严重的精神障碍。地震作为一个强烈的精神创伤性事件，可能导致一些有高危易感素质的人发展成为 PTSD。

1. 常见临床表现。具有以下特征性的三组症状：

(1) 再体验——反复闯入意识、梦境的创伤体验，或者面临相类似的情景（如在电视上见到地震的画面）时出现强烈的心理痛苦和躯体反应，如出汗、坐立不安、心悸或极度焦虑、恐惧，导致患者痛苦。

(2) 警觉水平增高——高度焦虑警觉状态，难以睡眠，易激惹，难以集中注意力，过度警觉，以及躯体的植物神经紊乱症状。

(3) 回避行为——回避与创伤事件有关的活动、地点、想法、感受或拒绝交谈与创伤事件有关的信息，对通常的活动失去兴趣，与他人相处无亲密的感觉，内疚、抑郁也很常见。

这三大类症状常常在创伤后数天或数周出现，一般不会超过事件发生后的 6 个月，极少数人也可能更迟出现。如果个体在经历地震后出现上述症状且持续至少 1 个月，导致个体严重的痛苦或者重要的功能损害，应该高度警惕可能患有 PTSD，此时可以根据诊断标准来进行诊断。

2. 治疗。

PTSD 的治疗应由精神科专业医师或者精神科医师与临床心理治疗专家共同进行。治疗的关键是处理创伤性的记忆和与这些体验相关的想法和信念。治疗方案包括心理治疗和药物治疗。病情不是很严重的 PTSD 患者，可以单独使用心理治疗的方法；病情比较重或者伴有其他精神障碍的患者，起先就应该使用心理治疗合并药物治疗。

(1) 心理治疗最常用的方法包括焦虑控制训练、暴露疗法和认知治疗。①焦虑是 PTSD 患者的基本症状，因此焦虑控制训练方法对患者的闯入性体验、警觉、回避三类症状都有效。②暴露疗法是让患者在放松状态下面对创伤性事件（可以是回想的，也可以是模拟的），学会控制他们的恐惧体验。此法起效快，尤其对闯入性体验症状有效。但也有报道部分患者可能因此加深闯入性体验的症状，因此治疗患者时应特别注意个体差异。③认知疗法的目标是改变患者的错误认知。PTSD 患者常常认为世界充满危险，个体过于渺小和无能无助，因此表现有回避社会、兴趣下降、罪恶感或内疚感，认知疗法对这些症状疗效较好。

(2) 药物治疗包括抗抑郁剂和抗焦虑剂的使用，有些难治性的或者伴有其他精神障碍的 PTSD 患者，还要使用相应的其他药物如心境稳定剂或者非典型抗精神病药。

（二）抑郁障碍

1. 常见临床表现。

灾后发生的抑郁障碍主要是指由灾难引起的心因性抑郁障碍，应激因素包括：灾难中亲人和财产的丧失、生命的威胁及对灾难后果的不可预测等。其主要症状包括：情绪低落、思维迟缓和运动抑制。

2. 干预和治疗。

主要由精神科医生、经过必要精神卫生知识训练的内科及基层保健医生、心理治疗师、心理咨询师及社会工作者进行。医生和心理工作者要协调工作，心理工作者负责的所有患者均应经过医生的医学诊

断和处理，缺少心理学背景的医生则要善于借助其他人员的心理社会学手段，全面关怀帮助患者。

(1) 社会学干预原则。

- ① 防自杀。
- ② 重建和加强社会支持系统。
- ③ 鼓励、促进恢复期患者社会功能的恢复。

(2) 心理治疗原则。

对于灾后抑郁障碍的患者均可采用心理治疗，对于轻性和慢性创伤性的抑郁障碍患者，心理治疗可作为主要的治疗方法。根据患者、治疗师及临床的不同特点可选择不同的心理治疗方法。急性期以支持性心理治疗、创伤干预治疗为主，中后期可选认知行为治疗、精神动力性治疗、人际心理治疗、家庭治疗等。康复期要着重促进患者行动及社会功能恢复。心理治疗中要小心地建立治疗关系，培育患者的治疗意愿，帮助提高患者对药物的依从性。

(3) 药物治疗原则。

可根据患者病情选择抗抑郁药、抗焦虑药。具体操作请按照有关临床诊疗指南及卫生部有关规定执行。

(三) 自杀

1. 常见临床表现。

重大的自然灾害后自杀率会有所上升。地震后自杀率增加的危险因素包括：受灾者严重的躯体疾病，比如截瘫、截肢等；受灾者家人朋友的丧失，社会支持系统的缺乏或不足；受灾者财产、工作的丧失；罹患急性应激障碍、创伤后应激障碍、抑郁障碍、酒精滥用或药物依赖等。

2. 灾后自杀高危人群的社会心理干预。

灾后自杀高危人群包括丧失亲人、有抑郁情绪或有酒精滥用或依赖的灾区群众。

(1) 成立以精神科医生为主导，有心理治疗师、心理咨询师、社会工作者、志愿者等人参与的自杀干预小组。

(2) 精神科医生对社会工作者、志愿者进行灾后心理健康知识和自杀干预的培训。

(3) 及时开展受灾人群心理健康知识宣讲。

(4) 以社区为单位，设立相应的机构，或配备相应的人员，开展心理咨询或心理保健工作。

(5) 成立自助团体或帮助重建社会支持网络。

(6) 针对不同的高危人群进行有针对性的干预。

(7) 对有自杀意念或有自杀未遂史的个体进行危机干预。

四、常见心理卫生问题的心理学处置

(一) 心理教育原则

1. 为灾区群众提供准确信息，提高灾区群众的心理确定感。
2. 帮助灾区丧亲者举行集体的哀悼仪式。
3. 通过媒体进行科普宣传。
4. 提供专题讲座。

(二) 哀伤及哀伤心理治疗

哀伤是经历失去亲人或财产丧失后的一段心理修复的过程。心理卫生专业工作者应有针对性地开展一般心理援助和哀伤心理治疗。

1. 哀伤的一般心理援助。

专业人员在哀伤早期可以提供一些有技巧的支持性的哀伤心理援助。一般心理援助的原则包括：

- (1) 必须以丧亲者独特的需要为中心；
- (2) 以尊重丧亲者为主导；
- (3) 要耐心，避免太过急切，否则会加强丧亲者的阻抗；
- (4) “不领导、不随从、只陪伴”。

2. 哀伤心理治疗。

哀伤心理治疗是处理丧失的重要途径，协助丧亲者在合理的时间内，引发正常的哀伤，以顺利度过哀伤期。

(1) 哀伤心理治疗的对象

- ① 延长悲伤者：与一般人相比，哀伤的过程和时间明显延长者。内疚感、回避等是常见的症状。
- ② 复杂性哀伤者：在悲伤超过正常人所持续的时间，或者更为严重者，可以做出复杂性哀伤的诊断。

(2) 哀伤心理治疗的任务

- ① 确认和理解丧失的真实性；
- ② 表达、调整和控制悲伤；
- ③ 应对由于丧失所带来的环境和社会性的改变；
- ④ 转移与丧失的客体的心理联系；
- ⑤ 修复内部的和社会环境中的自我。

(3) 哀伤心理治疗的原则

- ① 帮助丧亲者面对失落，认清亲友亡故现实；
- ② 帮助丧亲者界定及表达或宣泄情感；
- ③ 将哀伤反应正常化；
- ④ 帮助丧亲者重新适应一个不存在逝者的新环境，重建新关系；
- ⑤ 持续性的支持；
- ⑥ 允许个别差异；
- ⑦ 促进居丧者以健康的方法解决悲哀；
- ⑧ 注意评估复杂的哀伤反应，可寻求督导或转介。

五、常见心理卫生问题的随访

主要的随访方式有：

1. 书信、电话随访；
2. 面谈随访。

可由接受过培训的乡村医生和非精神科医生进行。发现疑似病例要及时向精神专科医生报告，由后者进行诊断，制定治疗计划。乡村医生执行治疗计划并且进行随访。

第二部分 灾区救援者

一、灾区救援者的定义

灾区救援者是指进入灾区参与救援工作的各类工作人员,包括解放军、武警、消防官兵、医疗卫生人员、政府行政人员、媒体人士、通讯保障人员、心理救援人员等。

二、常见心理问题及表现

灾区救援者在现场目击各种惨景,在艰苦的工作环境中从事高强度的工作,可能产生各种心理问题。主要表现为:

1. 身体反应:易疲劳;
2. 心理反应:创伤反应和人际冲突;
3. 职业困扰:耗竭感。

其中,部分救援者可以表现急性应激障碍、创伤后应激障碍(PTSD)、抑郁症及适应障碍。

三、常见心理卫生问题的筛查与诊断/确认

灾区救援者常见心理卫生问题筛查与诊断/确认的工具、方法和标准可参照“第一部分灾区群众心理卫生服务技术指导要点”的相关内容。

四、常见心理卫生问题的医学处置

由精神科医生会同心理治疗师和心理咨询师,组成治疗团队,依据 CCMD-3,做出精神科诊断,制定心理治疗和药物治疗的方案。

(一) 药物治疗的原则。

根据病人的症状,如失眠、惊恐、焦虑、抑郁等情绪,进行对症治疗,从低剂量开始,但不建议长期使用镇静催眠药。

(二) 心理治疗。

开展创伤治疗、动眼减敏重整疗法(EMDR)等各种系统的心理治疗须由经过相应培训的人员进行。无法保证较长期连续工作的人员须与当地专业人员一起开展系统的心理治疗,以保证治疗关系的稳定和连续。

相关的技术要点参照“第一部分灾区群众心理卫生服务技术指导要点”的相关内容。

五、常见心理卫生问题的心理学处置

- (一) 引导救援队长或其他负责人为救援者提供力所能及的帮助。
- (二) 引导救援者通过各种方式自我减压,救援者之间互相鼓励和支持。
- (三) 应激晤谈。

应激晤谈不是工作检讨,而是鼓励救援人员诉说、讨论、分担、分享在地震救援工作中发生的事件,让救援人员的情绪得到适当地宣泄与疏导,并企盼能将此经验以正向及健康的方式,整合到救援人员的生活中。应激晤谈的基本原则是:

1. 不强迫表达,使受助者有可控感;
2. 正性积极的资源取向;
3. 个体化的帮助。

应激晤谈可采取一对一的方式或8—10人的小团体来进行。团体辅导一般由2位有经验的心理卫生工作人员带领。

(四) 在地震救援结束后,引导救援者适当宣泄情绪,做放松练习和压力处理;保证充足的营养与睡眠充足,重新建立起正常的生活规律。

六、常见心理卫生问题的随访

(一) 对于明确诊断或确认的救援者, 治疗期间要及时确定随访的机构和人员、方式、间隔时间、地点等信息, 保证各种治疗的完整实施。

(二) 对于未达到诊断标准又接受过心理卫生服务的救助者, 也应提供进一步的指导以及今后获得随访的渠道。

第三部分 灾区伤员(住院病人)

一、灾区伤员(住院病人)的定义和心理需求

灾区伤员(住院病人)是指在地震中身体受重伤而长期住院接受医治的灾区群众。其常见心理需求有: 病人对确定感、控制感、安全感的心理需求; 获得社会支持的心理需求。

二、医院心理救助的管理与工作流程

(一) 心理救助人员的职责及医院管理。

心理救助人员由精神科医师和心理治疗师组成。

1. 接纳灾区病人住院治疗的医院, 应该积极接纳心理救助人员参与工作。
2. 医院应建立精神科联络会诊制度, 由精神科医生承担病人的精神科联络会诊工作。精神科联络会诊工作, 必须在医院行政管理下进行。
3. 精神科医生和心理治疗师应优先配合临床医生对病人进行躯体救治, 并全面参与临床查房, 了解病人目前的躯体疾病诊断、严重程度、治疗方式、护理要点, 以便在心理救助中恰当地解答病人的疑问。
4. 精神科医师负责对病人进行精神状态的评估、诊断及精神医学的处理。
5. 每个病人只能同时接受一位心理治疗师的心理救助, 不得同时安排 2 位及 2 位以上的心理治疗师同时对病人进行心理救助。
6. 心理治疗师负责对病人进行心理状态的评估, 并根据病人的实际需要, 开展专业化、系统化的心理治疗工作。
7. 心理治疗师可根据医院的实际情况, 为医护人员及行政管理人员提供心理减压或心理救助。

(二) 工作流程。

1. 精神科医生与心理治疗师一同巡视病人, 进行面谈筛查。
2. 经筛查发现具有精神症状或精神障碍的病人, 由精神科医师做出临床诊断和处理。
3. 经筛查发现具有明显心理问题的病人, 由心理治疗师安排进一步开展心理救助, 如个别心理治疗会谈或小组心理治疗。
4. 对于没有筛查出精神障碍或明显心理问题的病人, 由心理治疗师有组织地进行普遍的健康教育。

三、常见的心理卫生问题的筛查与诊断/确认

灾区伤员常见心理卫生问题筛查与诊断/确认的工具、方法和标准可参照“第一部分灾区群众心理卫生服务技术指导要点”的相关内容。

四、常见心理卫生问题的医学处置

(一) 精神障碍的诊断。

主要依据《中国精神障碍分类与诊断标准第 3 版(CCMD-3)》, 也可参照 ICD-10。精神科医生要特别注意急性应激障碍、创伤后应激障碍、意识障碍、适应障碍、抑郁障碍及自杀、酒药滥用等常见精神障碍。

（二）药物治疗的原则。

根据病人的症状，如失眠、惊恐、焦虑、抑郁等情绪，采取对症治疗，采取短期、低剂量用药。

对于诊断有精神障碍的病人，精神科医生应该定期对病人进行观察、会谈及随访，及时调整治疗方案，并做好病程记录。

五、常见心理卫生问题的心理学处置

（一）心理救助的一般原则。

1. 尊重与保密。
2. 支持性原则。
3. 信息提供原则。
4. 整体性原则。
5. 促进心理健康发展的原则。

（二）常见心理问题的处理要点。

由具有心理救助、心理治疗专业能力的神科医师或心理治疗师承担。针对病人常见的认知、情感、行为、人格及人际关系等心理问题，具体操作要点如下：

1. 引导病人消除对“余震”的恐惧；
2. 将亲人去世的消息告知病人；
3. 引导逐步消除后悔、自责等观念和情绪；
4. 特别关注截肢病人的心理问题；
5. 鼓励病人做一些力所能及的事情，避免因过度照顾导致病人被动、依赖。

六、常见心理卫生问题的随访

（一）接受近心理救助的住院病人。

1. 书信、电话随访。
2. 面谈随访。

（二）未曾接受过心理救助的病人。

对于未曾接受心理救助帮助的病人，随机抽取其中 5%的病人，通过邮件或电话的方式进行随访、筛查。

第四部分 灾区儿童

一、灾区儿童的定义和心理需求

本技术指导原则所指的儿童为来自灾区、身体或心理受到地震灾害直接或间接影响的 14 岁以下（包括 14 岁）儿童。

灾区儿童的心理需求主要包括：安全感的需求、控制感（或确定感）的需求、身心健康发展的需求以及对原有疾病问题解决的需求。

二、常见心理卫生问题及表现

灾难发生以后，大多数儿童出现的心理反应是正常的，只有少数人出现急性应激障碍或其他心理障碍。

性别也会影响儿童的灾后反应。此外，儿童在不同发育阶段由于认知、情绪调节、身体反应等能力

不同而对灾难的反应也会出现不同。

三、常见心理卫生问题的筛查与诊断/确认

对灾区儿童的心理评估与筛查可采用直接与儿童交谈、游戏、观察并结合从父母等照顾者处收集的病史信息以及量表评估等方法进行。通过这些措施与手段，可以快速筛查出易感儿童。

对易感儿童的筛查务必首先以建立安全、信任的关系为第一任务，应由专业人员根据儿童年龄阶段来制定或选用内容与提问方式恰当的量表或评估问卷，与儿童交谈首先应征得儿童照料者的同意。

对易感儿童的心理问题需定期随访、评估与诊断。对于经筛查有异常反应的儿童，需转给儿童精神科医生进行诊断。

四、常见心理卫生问题的医学处置

（一）儿童情绪行为障碍。

表现为持续时间较长的抑郁、焦虑、容易激惹、挑剔、发脾气等情绪问题，以及攻击、破坏、自伤等行为问题。首选心理治疗，针对儿童的年龄与个体身心发展的特点选择认知治疗或者认知行为治疗。对问题比较严重，或较长时间未改善者，可以选择 5-羟色胺再摄取抑制剂（SSRI）类药物辅助治疗。

（二）儿童分离焦虑障碍。

学龄前儿童可能尤为突出。主要表现为不能与主要照护者分离，当照护者试图离开儿童视野范围的时候表现为哭闹、紧张、发脾气等，严重者甚至不能短暂离开主要照护者的怀抱。年长儿童的分离焦虑可能表现在主要照护者离开后过分担心照护者的安全，怕照护者发生意外，为此惴惴不安，不能正常的学习与生活。对此类障碍不主张使用抗焦虑药物或其他改善情绪的药物。

（三）儿童抑郁症。

可能有少部分儿童出现 2 周以上郁郁寡欢，对周围事物缺乏既往的好奇与探索，与人接触被动，行为迟缓或呆板，食欲下降，体重减轻，对过去曾经喜欢的活动也索然无趣。或者变得郁闷，容易激惹，发脾气或不开心。在这种情况下，可以考虑为儿童选择 SSRI 或其他新型抗抑郁剂，结合相应的心理治疗（具有投射性质的艺术治疗，或认知行为治疗等）。如果用药，需交代监护者注意可能出现的激惹、冲动甚至自杀行为。

（四）创伤后应激障碍。

儿童也可以出现与成年人类似的创伤后应激障碍，表现为警觉性增高，持续回避创伤情境以及闪回等症状。治疗也以心理治疗结合药物（抗抑郁剂）治疗为主。

需要注意的是，真正需要用药的儿童极少，大部分儿童在生命健康和安​​全得到保障后会逐渐好转，但针对符合以上临床诊断标准的儿童应及时转诊和治疗。

五、常见心理卫生问题的心理学处置

（一）从自然环境和人文环境方面重建儿童的安全感。

（二）帮助儿童重获对生活的控制感。

（三）鼓励和引导儿童发展应对和解决问题的能力，合理表达情感，重建社会关系。

（四）引导儿童照料者以正确的态度关心与支持儿童，帮助儿童以更加积极的态度面对灾难。

六、儿童心理卫生服务的途径

灾后的儿童心理卫生服务可以根据儿童的居住地不同采用以下几种方式：

(一) 生活在救助站或临时安置点的儿童。

可以采用建立图书角或儿童活动帐篷的方式，由志愿者（灾区群众中的志愿者和外援志愿者均可）主要运作，精神卫生专业人员定期指导、培训志愿者，指导志愿者在儿童游戏、讲故事或画画的过程中发现应激反应较重者，在精神卫生专业人员的定期随访时给予干预。

(二) 集中安置在远离原居住地的儿童。

由精神卫生专业人员对教师进行基本培训，由教师发现应激反应较重者，转介给精神卫生专业人员干预。

(三) 因伤在医院接受治疗的儿童。

由医院负责提供固定的心理危机干预人员，定期为儿童伤员进行心理辅导或干预，在儿童伤好回到原来居住地时，最好提供已经进行过的心理干预记录或量表检查分数；因伤致残的儿童，要有专人对其进行较长时间的心理辅导和干预。

(四) 因目前没有确认亲人是否遇难（可能的孤儿）而居住在集中安置地的儿童。

要安排专人定期进行心理辅导和干预。

六、常见心理卫生问题的随访

儿童灾后都会出现不同程度的心理反应，依据灾难发生后的阶段以及一些外界因素而发生变化，大多数儿童灾后一周症状开始减轻、一月后基本恢复正常。但是有约 10%左右儿童会出现持久、严重心理疾病，而且有一部分儿童的创伤后应激障碍的症状可以几个月甚至几年才表现得比较明显。因此，需要对灾后儿童心理卫生问题进行阶段性随访，对早期高危或异常的儿童更需要定期随访进行心理评估与检查，必要时及时转介儿童精神科医师明确诊断，制定治疗计划。

七、儿童灾后特殊的心理卫生问题

(一) 因灾致残的儿童。

因地震致残的儿童属于心理干预的重点和优先人群。应从以下三个方面开展心理救助工作：

1. 针对家长的心理辅导。

引导整个家庭参与致残儿童的心理救助，帮助家长接受事实，积极配合执行康复计划。

2. 针对因灾致残儿童的心理辅导。

对于因灾致残儿童首先要处理创伤后的应激反应和可能出现的 PTSD、抑郁等问题。

(1) 与肢体残疾儿童沟通的技巧。与肢体残疾儿童沟通除了要采用与其年龄合适的方式还要特别注意，不能把目光停留在他们的残疾部位，不要用同情的眼神看着他们，要用正常的目光看待这些孩子。要特别注意回避与其生理缺陷有关的词语，谈话的内容还要宽泛一些，不要仅涉及残疾的事情。

(2) 支持性心理治疗。当患儿处于否定和抑郁阶段时，与患儿建立良好关系，采取倾听、解释、指导、保证等方式，对患儿的痛苦和困难给予高度同情，给予他们关心和尊重。

(3) 针对躯体残疾。帮助儿童逐步接受残疾的现实并适应生活的改变；认识自己的身体有与其他人不同的地方，同时认识到自己有更多的地方与其他人相同；尽可能多地了解残疾和康复情况，尽量正常生活；接受关心自己的人的情感支持，而不是愤怒地将他们赶走；与医疗人员合作，杜绝被动-攻击行为和抵制行为。

(4) 针对抑郁情绪。定期评估抑郁程度。

(5) 针对低自尊问题。鼓励儿童用言语表达出对自己贬抑的增强；增加与他人的目光接触；积极地承认和从言语上接受其他人的表扬和称赞；减少消极的自我评价和思维，并用积极的自我暗示取代它们以建立自尊。

3. 帮助建立支持系统。

心理工作者要帮助因灾致残的儿童与主要的支持者或其他的支持来源（包括家庭成员、朋友、学校、社区的帮助资源等）建立联系，获得帮助。

在条件允许的情况下鼓励孩子尽早回到学校随班就读。尽量帮助类似状况的孩子及其家长组成小的团体，开展小组互助和团体辅导工作。

（二）因灾致孤儿童。

因震致孤儿童也属于心理干预的优先人群和重点对象。根据灾后时间的进展，可采用不同的干预方法。

1. 选择适当的时机，正确向儿童传达父母或近亲属遇难的消息。
2. 引导社会和收养者为儿童营造一个健康和生活环境。

附件：心理筛查量表工具的使用原则

1. 量表只能在病人数量多而心理治疗师人数相对不足的情况下，进行初步筛查时使用；
2. 量表筛查无法代替直接面谈筛查与评估，其结果只能作为临床诊断的补充参考依据；
3. 禁止治疗师仅为了个人收集资料而对病人进行量表筛查；
4. 使用量表对病人进行调查时，应事先向病人说明量表调查的意义和用途，并征得病人同意；
5. 推荐使用“事件影响量表（IES）”，在必要时进行“创伤后应激障碍”筛查；
6. 应将“病人自评”量表改为在会谈之后“由治疗师他评”；确实需要与病人当面进行他评时，建议治疗师与病人在心理治疗以外另约时间，并亲自与病人会谈，进行他评。



国际华人医学家心理学家联合会

International Association of Chinese Medical Specialists & Psychologists

36-40 Main Street, Suite 209, Flushing, NY 11354, USA

Tel: (718) 820-9320; Fax: (718) 886-5228

E-mail: iacmsp@gmail.com Web: www.iacmsp.org